

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROBERTA LIMA GONÇALVES

**O PRESCRITO E O COTIDIANO DA REDE CEGONHA DE UM MUNICÍPIO DO
AGRESTE PARAIBANO**

BELO HORIZONTE

2019

ROBERTA LIMA GONÇALVES

**O PRESCRITO E O COTIDIANO DA REDE CEGONHA DE UM MUNICÍPIO DO
AGRESTE PARAIBANO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

BELO HORIZONTE

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Gonçalves, Roberta Lima.

O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do agreste paraibano [manuscrito] / Roberta Lima Gonçalves. - 2019. 153 f.

Orientadora: Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Serviços de saúde materno-infantil. 4. Assistência integral à saúde. 5. Saúde materno-infantil. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

ROBERTA LIMA GONÇALVES

**O PRESCRITO E O COTIDIANO DA REDE CEGONHA DE UM MUNICÍPIO DO
AGRESTE PARAIBANO**

BANCA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna
Orientadora
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Profa. Dra. Maria José Menezes de Brito
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas
Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ

Profa. Dra. Virgínia Junqueira Oliveira
Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ

Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

BELO HORIZONTE

2019

Dedico este trabalho às três pessoas mais especiais da minha vida:

À minha mãe, Maria de Fátima Lima Gonçalves, por todo o amor e valores do bem que me concedeu. Ao meu Tulinho, minha luz e alegria diária desde que estava em meu ventre. À minha irmã Patita, pelo apoio e carinho em toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem sua presença este momento não estaria se concretizando.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pela oportunidade de cursar o Doutorado de Enfermagem.

Aos professores da Universidade Federal de Minas Gerais, que generosamente se deslocaram à Campina Grande/PB para partilhar seus conhecimentos, bem como aos professores que tive oportunidade de conhecer e conviver enquanto estive em Belo Horizonte.

À minha orientadora, professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, pelos ensinamentos durante estes quatro anos.

Ao professor Francisco Lana, que desde o início acreditou na proposta do Dinter UFMG/UFCG e não mediu esforços para que se concretizasse. Além disso, por ter sido sempre muito gentil e atencioso com os dinterianos.

A Dra. Tércia Ribeiro da Silva pela parceria no acompanhamento dos alunos em Belo Horizonte e por suas palavras de incentivo.

Aos professores membros da banca examinadora, Dra. Kleyde Ventura de Souza, Dra. Maria José Menezes de Brito, Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, Dra. Virgínia Junqueira Oliveira, por disporem de seu tempo e conhecimento para aprimorar este estudo.

Aos meus pais, especialmente a minha mãezinha guerreira, que nunca mediu esforços para nos oferecer uma boa educação. Agradeço por todo o amor, paciência, oração, torcida, pelos cuidados com Túlio quando estive em Belo Horizonte e por todos os cafezinhos saborosos no meio da tarde.

Ao meu filho por suas palavras e gestos afetuosos. Obrigada por ter se sentido implicado na construção desta tese e ter compreendido os momentos em que eu precisei direcionar o tempo para os estudos. Você foi minha motivação! Terminamos! Te amo!

À Patita pela força que me deu em todas as escolhas que eu fiz e por estar sempre presente, mesmo morando distante. Seu carinho me acalma!

Ao meu irmão Rodrigo que, mesmo sempre tão tranquilo e calado, sei o quanto torce por mim!

Aos meus diletos cunhados Boni e Gisa e sobrinhos Marquinhos, João, Guilherme, Laura e Mariana, pela energia positiva e amor.

À minha grande amiga Val, minha irmã de vida, que sempre me acolheu nos momentos bons e nos momentos mais difíceis.

Às amigas Sheila e Elisabete que generosamente ajustaram inúmeras vezes o cronograma de aulas para que eu pudesse me dedicar à tese. Asseguro-lhes que nas entrelinhas dessa tese tem muito de vocês.

Às amigas Robs, Luzibênia, Gerlane, Grazi, Juliana e Iluska pela amizade, escuta e ajuda!

À turma do Dinter UFMG/UFCG pelos momentos de convivência e de apoio mútuo para vencermos as adversidades. Em especial gostaria de agradecer a Sheila, Jocelly, Luana e Kleane pela serenidade do convívio e dos conselhos.

Ao Dr. Saulo Rios Mariz e à Dra. Cristina Ruan por terem conduzido a Coordenação do Dinter com tanta responsabilidade e prontidão.

À Javanna Lacerda pelo auxílio na formatação final deste trabalho.

Por fim, agradeço aos informantes desta pesquisa pela oportunidade de desvelar as belezas do cotidiano.

*Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais*

*Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente...*

*É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz*

(Almir Sater)

RESUMO

No Brasil, a política pública que respalda o cuidado à mulher e a criança até os dois anos de idade é norteado pela Rede Cegonha, que tem proposto mudanças a fim de superar a fragmentação do cuidado e desarticulação das ações de saúde direcionadas a esse grupo. Entretanto, existem lacunas vivenciadas por usuárias, profissionais de saúde e gestores que sinalizam que o arcabouço normativo desta rede temática norteia como seus preceitos devem ser seguidos, mas que o pluralismo das pessoas, da coletividade e as relações que se estabelecem que são definidoras do funcionamento dessa rede temática. O objetivo deste estudo foi compreender o cotidiano da Rede Cegonha de um município do Agreste Paraibano, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores. Trata-se de um Estudo de Caso de abordagem qualitativa fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Os cenários foram as maternidades e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campina Grande/PB, que é o segundo município do estado com maior demanda obstétrica, por ser referência regional nesse tipo de atenção. Participaram do estudo os atores sociais envolvidos na Rede Cegonha, sendo 15 usuárias, 31 profissionais de saúde e 13 gestores. Para a coleta de dados realizaram-se entrevistas semiestruturadas e observação. Posteriormente os dados foram triangulados e em seguida foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática, emergindo três categorias empíricas: 1. Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção; 2. (Des)conexões entre os pontos de atenção da Rede Cegonha; 3. O olhar das mulheres, dos profissionais de saúde e dos gestores sobre o cuidado nas maternidades da Rede Cegonha. Os resultados indicam que a Rede Cegonha é (re)construída no cotidiano, nas interações que ocorrem entre os atores sociais envolvidos e, deste modo, apesar dos obstáculos, as usuárias, os profissionais e gestores (re)inventam formas de operacionalizar o cuidado, tanto no contexto sistêmico, quanto no assistencial. Neste sentido, até mesmo nos cenários em que o parto ocorre já há, mesmo que incipiente, a introdução de mudanças para a garantia das boas práticas. Também foi possível apreender as fragilidades da Rede Cegonha. O sistema logístico oferta uma quantidade insuficiente de insumos, medicamentos e também existe uma fragilidade na interação dos pontos de atenção, principalmente pela falta de compreensão dos profissionais da média e alta complexidade do seu papel na rede. Ademais, as maternidades frequentemente estão superlotadas, pois existe uma insuficiência dos leitos obstétricos para atender todos os municípios regionalmente pactuados na Rede Cegonha de Campina Grande/PB. Os relatos de violência obstétrica foram comuns, apesar disso e das dificuldades evidenciadas durante o pré-natal, as mulheres sentiam-se satisfeitas com o atendimento recebido. Conclui-se que o cotidiano é dinâmico e a Rede Cegonha é viva e, por isso, o cuidado se materializa com diversas possibilidades e peculiaridades devido à heterogeneidade de atravessamentos de várias naturezas que estão presentes na socialidade entre os atores sociais. Sugere-se que novos estudos sejam realizados em outros municípios a fim de aprofundar as questões apresentadas e analisadas, visto que a Rede Cegonha é uma estratégia recente do SUS no cuidado às mulheres e seus filhos, necessitando, assim, ampliar as discussões sobre a dinamicidade dos fenômenos sociais que ocorrem no cotidiano.

Descritores: Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; Assistência integral à saúde; Saúde materno-infantil; Serviços de saúde materno-infantil; Saúde da mulher.

ABSTRACT

In Brazil, the public policy that supports the care of women and children up to two years of age is guided by the Stork Network, which has proposed changes in order to overcome the care fragmentation and disarticulation of health actions directed to this group. However, there are gaps experienced by users, health professionals and managers who signal that the normative framework of this thematic network guides how their precepts should be followed, but that the people pluralism, of the collectivity and the relationships that are established that are defining this thematic network functioning. This study objective was to understand the daily life of the Stork Network of an Agreste Paraibano municipality, from the users, health professionals and managers perspective. This is a Case Study with a qualitative approach based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life. The scenarios were the maternities and the Basic Health Units of Campina Grande / PB, which is the second municipality of the state with the highest obstetric demand, being a regional reference in this type of care. The social actors involved in the Stork Network participated in the study, with 15 users, 31 health professionals and 13 managers. For data collection, semi-structured interviews and observation were carried out. Subsequently the data were triangulated and then submitted to the Thematic Content Analysis, emerging three empirical categories: 1. Day-to-day care scenes: 1. the Stork Network under construction; 2. Disconnections and connections between the attention points of the Stork Net; 3. The women, health professionals and managers view on care in the maternity hospitals of the Stork Network. The results indicate that the Stork Network is reconstructed / constructed in daily life, in the interactions that occur among the social actors involved, and, in spite of obstacles, users, professionals and managers reinvent / invent ways to operationalize care, both in the systemic and in the care context. In this sense, even in the scenarios in which childbirth occurs, there is already, even if incipient, the introduction of changes to guarantee good practices. It was also possible to apprehend the fragility of the Stork Net. The logistics system offers an insufficient amount of inputs, medicines and there is also a fragility in the interaction of the attention points, mainly due to the lack of understanding of the medium and high complexity professionals of their role in the network. In addition, maternity wards are often overcrowded, as there is an insufficiency of obstetric beds to attend all the municipalities regionally agreed upon in the Stork Network of Campina Grande / PB. The reports of obstetric violence were common, despite this and the difficulties evidenced during prenatal care, the women felt satisfied with the care received. It is concluded that daily life is dynamic and the Stork Network is alive and, therefore, care materializes with several possibilities and peculiarities due to the heterogeneity of crossings of various natures that are present in sociality among social actors. It is suggested that new studies be carried out in other municipalities in order to deepen the issues presented and analyzed, since the Stork Network is a recent Unified Health System strategy in the women and their children care, thus needing to broaden the discussions on the dynamicity of social phenomena that occur in daily life.

Keywords: Public health policies; Unified Health System; Comprehensive health care; Maternal and child health; Maternal and child health services; Women's health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de leitos habilitados e qualificados de obstetrícia clínica e cirúrgica das maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Campina Grande/PB	29
Quadro 2 - Perfil das usuárias participantes do estudo.....	31
Quadro 3 - Perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo	32
Quadro 4 - Perfil dos gestores participantes do estudo	34
Quadro 5 - Vinculação das gestantes às maternidade conforme o distrito sanitário de origem	76
Quadro 6 - Ocorrência de partos vaginais e cirurgias cesarianas desde a implantação da Rede Cegonha em Campina Grande/PB.....	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CPN	Centro de Parto Normal
DS	Distrito Sanitário
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPESQ	Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NO	Notas de Observação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCZ	Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande

UTI Unidade de Terapia Intensiva

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVO.....	19
3	CONTEXTO DO ESTUDO	20
3.1	A integralidade nas políticas públicas direcionadas à mulher	20
3.2	Rede Cegonha: a saúde materna e infantil como uma prioridade nacional.....	23
4	PERCURSO METODOLÓGICO	27
4.1	Abordagem Teórico-Metodológica.....	27
4.2	Cenário do Estudo	29
4.3	Participantes do Estudo.....	30
4.4	Técnicas de coleta dos dados.....	34
4.5	Análise dos dados	36
4.6	Aspectos Éticos	36
5	O COTIDIANO DA REDE CEGONHA	38
5.1	Cenas cotidianas do cuidado: a rede cegonha em construção	39
5.1.1	Quem tece na Rede Cegonha?	39
5.1.2	Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência	45
5.1.3	A presença do homem no pré-natal: qual o seu papel?.....	51
5.1.4	A (in)visibilidade da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika pela Rede Cegonha.....	55
5.2	(Des)conexões entre os pontos de atenção da rede cegonha.....	61
5.3	O olhar de mulheres, profissionais de saúde e gestores sobre o cuidado nas maternidades da Rede Cegonha	69
5.3.1	A superlotação nas maternidades da Rede Cegonha e suas implicações no cuidado ...	70
5.3.2	Violência obstétrica no cotidiano das maternidades.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES	122
	APÊNDICE IA - ROTEIRO DE ENTREVISTAS - Usuárias	123
	APÊNDICE IB - ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissionais de saúde	124
	APÊNDICE IC - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – Gestores.....	125

APÊNDICE II - DIÁRIO DE CAMPO	126
APÊNDICE IIIA - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuárias).....	127
APÊNDICE IIIB - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)	129
APÊNDICE IIIC- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)	131
APÊNDICE IV - ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO	
Erro! Indicador não definido.	3
ANEXOS	148
ANEXO IA -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde...	148
ANEXO IB -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde ...	149
ANEXO IC -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde ...	150
ANEXO ID -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde...	151
ANEXO II - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFMG).....	152
ANEXO III – COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO.....	153

1 INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta vários sentidos e, por isso, seu conceito extrapola o arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 1988, envolvendo também características desejáveis nas práticas dos profissionais de saúde, bem como no sistema de saúde e nas instituições nele inseridas.

No âmbito das práticas profissionais a integralidade traduz-se em um cuidado que é norteado pela apreensão da singularidade dos usuários assistidos, de suas escolhas e de seu contexto de vida para ofertar respostas às suas demandas de saúde ou da coletividade. Quanto ao sistema de saúde na perspectiva da integralidade, deve estar integrado e empregar meios necessários para a efetivação do cuidado em saúde, já que nenhum nível de complexidade dispõe da totalidade de recursos para dar conta de todas as demandas dos usuários (VIEGAS; PENNA, 2013; SEIXAS et al., 2016).

Essas concepções e seus desdobramentos nas ações dos profissionais e nos serviços de saúde fazem com que a integralidade seja considerada como uma “imagem-objetivo”, que pode ser expressa por meio de vários sentidos, mas que indica uma crítica à realidade existente e a direção do que se espera construir. Ressalta-se que uma imagem-objetivo não diz como deve ser a realidade, simplesmente expressa prioridades que podem ser (re)construídas no cotidiano, nesse caso, no setor da saúde, para que as ações e serviços de saúde tenham a centralidade nos usuários (SEIXAS et al., 2016).

Assim, compreendendo as potencialidades da integralidade, grande parte das políticas públicas e programas de saúde a incorporam normativamente e a incentivam nas práticas profissionais, no âmbito da atenção e da gestão. Nessa direção, o sistema de saúde brasileiro retomou a discussão sobre a integração do sistema e tem proposto, desde 2010, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir a integralidade, assegurando aos usuários uma assistência contínua, oportuna, resolutiva e de qualidade adequada (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

No processo de implementação da RAS algumas áreas foram prioritariamente implantadas, como é o caso da Rede Cegonha, que direciona a atenção às mulheres e às crianças. Esta rede temática visa assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a uma

atenção integral e humanizada no ciclo gravídico puerperal, além de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, dos homens, jovens e adolescentes. Referente à criança, ressalta o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis com o acompanhamento até dois anos de idade (BRASIL, 2011a).

Por meio da Rede Cegonha, há um incentivo e monitoramento de que as práticas exercidas pelos profissionais se baseiem em evidências científicas e que a fragmentação das ações e serviços assistenciais seja superada pela lógica de prestação resolutive de cuidados, na perspectiva de uma rede integrada (PASHE et al., 2014).

Entretanto, mesmo propondo mudanças, para visualizar as potencialidades das redes de cuidado como da Rede Cegonha, é preciso compreendê-las como proposições tecnológicas na busca da integralidade e considerar a complexidade e multidimensionalidade teórica e prática deste termo (KALICHMAN; AYRES, 2016).

No Município de Campina Grande/PB, *locus* deste estudo, inegáveis avanços nas áreas materna e infantil ocorreram após a adesão à Rede Cegonha e implantação de suas ações, que podem contribuir para a integralidade nas áreas de saúde da mulher e da criança. Puderam-se notar mudanças na ambiência de alguns setores dos serviços que prestam assistência ao parto, incluindo a construção do Centro de Parto Normal (CPN), da Casa da Gestante, do bebê e da puérpera, inauguração da Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI) e ampliação dos leitos de UTI neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), educação permanente dos profissionais de saúde em temáticas na área materna e infantil, reativação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, operacionalização de estratégias de enfrentamento e prevenção da sífilis congênita, oferta de testes para triagem neonatal, dentre outras melhorias (BERNARDINO, 2017; BATISTA 2017; JOÃO PESSOA, 2017d).

Apesar disso, o Município de Campina Grande/PB permanece sendo manchete nos noticiários locais com enfoque negativo. As reportagens apresentam as fragilidades da assistência materna e infantil, retratando a alta mortalidade materna e neonatal. Nos dois últimos anos os profissionais de saúde e usuárias denunciam a falta de condições de trabalho e de estrutura, com o número de leitos insuficiente, acarretando partos em cadeiras e sofá e parturientes no chão deitadas sobre um lençol. Em resposta à problemática, no mês de fevereiro de 2019 a gestão municipal anunciou que haverá a ampliação de leitos de alguns setores de uma maternidade (CAMPINA DENÚNCIA, 2017; PARAÍBA ONLINE, 2019).

Como docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), da disciplina Saúde da Mulher, vivencio nos cenários de práticas na Estratégia

Saúde da Família (ESF) descrições semelhantes a essas situações e que reverberaram na atenção ofertada. Entretanto, também há relatos de experiências exitosas do cuidado construído no cotidiano e que vão além do que é prescrito nas normas para operacionalização da Rede Cegonha.

As proposições feitas pelo Ministério da Saúde para o funcionamento da Rede Cegonha sugerem uma rede concreta, com previsibilidade definida e que permita controle de governabilidade dentro dessa racionalidade. Entretanto, o que é institucionalizado pode ser disparador da rede, mas é no cotidiano da atenção à saúde no contexto da Rede Cegonha que se materializa uma “rede viva”, que é imprevisível, mutável e singular a cada encontro do usuário com os serviços (MERHY et al., 2016).

Ademais, a propositura da Rede Cegonha não assegura o que de fato ocorre no cotidiano, pois as práticas de atenção à saúde podem estar em harmonia com a norma, mas também são (re)inventadas para assegurar a atenção das mulheres e crianças nos serviços. Ressalta-se que as ações para garantir a assistência à saúde não se restringem à atuação de profissionais de saúde, cada usuária tem a potencialidade de produzir sua rede em seu contexto de vida, objetivando a resolutividade ou continuidade da atenção e vencendo distorções do seu funcionamento e organização da rede.

Diante disso, delineou-se a questão norteadora deste estudo: Como a Rede Cegonha se concretiza no cotidiano nas ações de saúde e na organização dos serviços na visão das usuárias, profissionais de saúde e gestores?

Tem-se por pressuposto que a Rede Cegonha é produzida não apenas nos espaços regionais de planejamentos de saúde. As mulheres, profissionais de saúde e gestores são produtores de rede no cotidiano em ato, nas interações sociais e no caminhar desses atores sociais quando buscam ou promovem o cuidado.

Defende-se a tese que o prescrito na normativa da Rede Cegonha direciona como o cuidado deve ser operacionalizado, mas são as peculiaridades inerentes a socialidade presente no contexto dos serviços de saúde que norteiam as ações, escolhas e caminhos das mulheres, profissionais de saúde e gestores para a construção dessa rede temática.

2 OBJETIVO

Compreender o cotidiano da Rede Cegonha, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

3.1 A integralidade nas políticas públicas direcionadas à mulher

O debate na área da Saúde da Mulher sobre a integralidade antecede a sua inserção como um princípio do SUS. Devendo-se ao Movimento Feminista as primeiras reflexões sobre o tema, que surgiam da insatisfação pela forma reducionista com que os problemas de saúde da mulher eram pensados, não considerando especificidades culturais e de gênero que contribuem para o adoecimento e óbitos. Ademais, a mulher era assistida no grupo materno-infantil, o que reforçava as ações com enfoque apenas na mulher reprodutora e mãe, por isso, as questões de planejamento familiar direcionadas ao controle de natalidade eram muito evidenciadas na época (MATTOS, 2001).

Nesse sentido, para o Movimento Feminista as discussões sinalizavam que a integralidade se referia a uma recusa dos formuladores de políticas em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Essa compreensão contribuiu para uma ruptura que se concretizou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1983, que foi um marco nas políticas públicas de saúde, por ter sido a primeira experiência institucionalmente organizada de busca da integralidade no cuidado, por meio de uma ação programática (MATTOS, 2001; KALICHMAN; AYRES, 2016).

A integralidade, representada por “assistência integral” no PAISM, serviu para orientar o conjunto de atividades de promoção, prevenção e assistência em todos os ciclos e necessidades de vida, propondo um atendimento integral e não se limitando apenas aos aspectos maternos e reprodutivos (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Contudo, apesar dos avanços da integralidade da assistência propostos na área da saúde da mulher, reconhecem-se os limites do PAISM que teve uma implantação assimétrica no país por ter assumido caracteristicamente o *status* de programa e não de uma política pública. Destarte, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que considerou a integralidade e as questões relativas ao gênero para consolidar os avanços nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos, ampliar o acesso aos serviços, contribuir para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade e atender à mulher em todos os ciclos de vida. Além disso, esta política reconhece a diversidade das mulheres, ampliando as ações para grupos de mulheres historicamente excluídos nas políticas públicas, valorizando assim suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

Nos anos seguintes, sucessivas políticas públicas também surgiram para balizar as mudanças e atender as antigas demandas ora apresentadas em grande parte pelo PAISM e pela PNAISM em busca da integralidade. Porém, permanecem lacunas no cuidado obstétrico que culminam na mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; WHO, 2015).

A presença desses indicadores reflete proporcionalmente o grau de organização do sistema de saúde para assistir as mulheres e seus filhos, desde o acesso até o uso com qualidade das ações e serviços. No cenário mundial, no ano de 2015, a estimativa é que tenham ocorrido 41 óbitos por 1.000 nascidos vivos, e a parcela mais expressiva dos óbitos está no período neonatal. Em relação à morte materna estimaram-se, para o mesmo ano, 216 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015; STENBERG et al., 2014; ALKEMA et al., 2016).

Dessa maneira, compreender seus determinantes sociais e de saúde e viabilizar sua redução tem sido um compromisso de vários países por meio de pactos internacionais e se tornado uma prioridade mundial. O Brasil é signatário desses pactos, por isso, várias iniciativas foram tomadas a partir dos anos 2000 com potencial de redução dos óbitos maternos e infantis, que inicialmente conseguiram lograr êxito (UNFPA, 2012; WHO, 2015; UNITED NATIONS, 2015; LEAL et al., 2018).

Entretanto, a crise econômica que assola o Brasil desde 2015, que reduziu a renda da população, subtraiu os recursos destinados ao financiamento do SUS e aos programas de proteção social, pode colocar em risco as melhorias desses indicadores que já demonstram consequências na morbimortalidade materna e infantil (OPAS, 2018; RASSELLA et al., 2018).

Dessa forma, mesmo considerando os avanços, a morte materna permanece acima dos parâmetros toleráveis da Organização Mundial de Saúde e a mortalidade infantil, que alcançou uma redução satisfatória, permanece elevada na fase neonatal, demonstrando que ainda há uma forte relação com falhas na atenção à gestação, ao parto e nascimento (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

Isso pôde ser evidenciado em um inquérito nacional denominado “Nascer Brasil”, que entrevistou mais de vinte e três mil mulheres e teve por objetivo conhecer a assistência obstétrica. Os resultados apontaram que existe uma inadequação quantitativa e qualitativa dos serviços, pois há peregrinação por atendimento apropriado em termos de vaga e adequação às necessidades clínicas da gestante ou do seu filho, respectivamente (LANSKY et al., 2014).

A mesma pesquisa demonstrou que há um contrassenso entre a elevada cobertura dos partos ocorrendo dentro de instituições hospitalares e uma frágil qualidade. De acordo com os resultados, as boas práticas não foram ofertadas à maioria das mulheres, que, mesmo sendo classificadas como de risco habitual, foram privadas de alimentação e mobilidade na primeira fase do trabalho de parto e não fizeram uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Além disso, o cenário obstétrico hegemônico é tipicamente marcado por intensa medicalização. Há evidências de que quase 95% das mulheres do Brasil, quando estão em uma instituição hospitalar, tornam-se objeto de procedimentos desnecessários e potencialmente iatrogênicos que acarretam prejuízos à saúde mulher e da criança (CECATTI, 2014; SERRUYA, 2014; PASHE et. al., 2014).

Esse quadro de violação dos direitos de uma assistência de qualidade tem vários motivos, dentre eles, se reconhece que existem fatores que perpassam transversalmente o cuidado e influenciam a qualidade da atenção recebida pela mulher, a saber: raça, classe, idade e parceria sexual. Logo, a mulher não branca, economicamente desprovida de recursos, adolescente ou acima de 35 anos e homossexual ou solteira, tem piores condições de atendimento, se considerada com relação à mulher branca, de classe média e alta, com idade entre 20 e 35 anos e heterossexual (MATTAR; DINIZ, 2012).

A assistência à reprodução é altamente permeável aos valores sociais, refletindo as hierarquias da sociedade onde se insere e, portanto, é mediada por relação de poder, que coloca a mulher em situação de menor valor. Isso ocorre quando os profissionais de saúde não estão aptos a lidar com as singularidades das mulheres e restringem o cuidado à oferta de ações em saúde direcionadas principalmente, ou apenas, às demandas relativas à maternidade ou ao grupo de doenças ligadas ao aparelho reprodutivo, excluindo ações direcionadas à sexualidade e que abordem singularidades do gênero (MATTAR; DINIZ, 2012).

Na perspectiva da integralidade faz-se necessário contemplar também ações intersetoriais que minimizem ou eliminem a desigualdade de acesso a bens e serviços. Para isso, as práticas profissionais e as culturas institucionais arraigadas em poderes e ideologias que limitam a atenção direcionada à mulher precisam se aproximar progressivamente às propostas e políticas públicas de sua efetiva realização (MATTAR; DINIZ, 2012; MACHADO; PENNA, 2016).

Assim, além dos aspectos intersubjetivos que envolvem o cuidado, as RAS “indicam um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde” (KALICHMAN; AYRES, 2016 p. 10).

Os desafios sanitários na área materna e infantil requerem, além do cuidado humanizado, que o sistema de saúde qualifique a gestão do cuidado a fim de aperfeiçoar o funcionamento do SUS para que os serviços que o integram funcionem de forma cooperativa, interdependentes e articulados, para responder às demandas apresentadas pelas mulheres. Ademais, é preciso considerar que devem ser mantidas as políticas sociais intersetoriais que reduzem a pobreza, melhoram as condições sanitárias e de escolaridade das mulheres por estas impactarem positivamente a saúde materna e infantil.

3.2 Rede Cegonha: a saúde materna e infantil como uma prioridade nacional

No Brasil o enfoque de integração dos serviços em rede foi contemplado institucionalmente na Constituição Federal, ao determinar que as ações e serviços de saúde devam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. A partir de então, a descentralização política administrativa e a regionalização são temas estratégicos na gestão e operacionalização do SUS, que passaram por diferentes desenhos e possibilidades de respostas desde que o processo foi disparado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), normatizada mediante a Portaria nº 4.279/2010, insere-se como o desenho de enfrentamento mais atual das lacunas organizacionais e assistenciais do SUS. Segue a recomendação internacional para os sistemas de saúde universais, onde são apontados melhores resultados sanitários e econômicos nas regiões que organizam os seus sistemas de saúde em redes de atenção (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; OPAS, 2011).

A RAS propõe um planejamento em saúde com interações regionais favoráveis à oferta do cuidado adequadas às condições epidemiológicas e demográficas da população, que na última década vivencia uma transição demográfica acelerada, com conseqüente aumento das condições crônicas, porém também com persistência de algumas condições agudas e aumento de óbitos por causas externas (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

As RAS prioritárias institucionalizadas no SUS foram organizadas a partir de diferentes áreas temáticas, com especificidades sobre o modo de operar o cuidado nos níveis tecnológicos de atenção. Assim, foram implantadas a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede Cegonha. Todas são

formadas por componentes variados e lógicas próprias de implantação pelas singularidades de sua constituição (MAGALHÃES JÚNIOR; MIRANDA, 2014).

A Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 1.459/2011, sendo implantada prioritariamente em detrimento de outras RAS, devido a critérios epidemiológicos e demográficos e as fragilidades no atendimento à mulher e a criança, caracterizados por uma fragmentação do cuidado e desarticulação das ações assistenciais onde os níveis de atenção não dialogam, culminando em altos indicadores de mortalidade materna e infantil, que são questões pendentes no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011a).

Desse modo, a estratégia Rede Cegonha foi sendo inserida gradativamente no sistema de saúde em parceria com estados e municípios em todo o território nacional. Esta rede temática tem como princípios 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 dos direitos 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, 2011a).

Os objetivos estratégicos e as diretrizes da Rede Cegonha fomentam a implementação de um modelo de atenção no qual as ações têm como foco a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência para a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. Para isso, os pontos de conexão da rede devem estar articulados para um cuidado contínuo e as práticas dos profissionais devem ser embasadas em evidências científicas (BRASIL, 2011a).

As ações e serviços, em seus escopos, abrangem o planejamento reprodutivo e o acompanhamento qualificado na gestação e parto, com garantia de vinculação a uma unidade de referência para o parto e um transporte seguro, a fim de evitar a peregrinação por assistência. Em relação às crianças, deve ser garantida a assistência segura ao nascimento e ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de zero aos vinte e quatro meses (BRASIL, 2011a).

Para que essas ações e seus desdobramentos sejam assegurados, a Rede Cegonha é sistematizada em consonância com o que se determina a RAS. Os pontos de comunicação dos serviços que a integram devem ser decididos pelo sistema de governança da rede, que compreendem instâncias colegiadas que permitam a articulação intermunicipal, interestadual e às três esferas do governo para fortalecimento da governança, da intersetorialidade, do planejamento estratégico integrado, o compartilhamento de responsabilidades e desempenho no cumprimento dos objetivos e metas fixadas, unificação dos processos decisórios dos

investimentos, participação e controle social. Além disso, o financiamento da rede é intergovernamental e contempla critérios de necessidades de saúde com estímulos institucionais à continuidade da atenção (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; REIS et al., 2017).

Essa organização ocorre para que haja a conexão entre os distintos pontos de atenção (APS, nível secundário e terciário), com o sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação) e o sistema logístico (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, regulação e transporte sanitário). E a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o eixo de ordenação e coordenação do cuidado, no qual deve ocorrer o encadeamento sanitário-sistêmico para os demais níveis de complexidade tecnológica locais e regionais. Portanto, para que a Rede Cegonha se efetive, a atenção secundária e terciária precisam também estar integradas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2010; MENDES; BITTAR, 2014; SANTOS, 2017).

Toda essa abrangência normativa da Rede Cegonha faz com que a mesma seja considerada de fato uma proposta inovadora. No entanto, é importante ressaltar questionamentos feitos por movimentos de classe e alguns estudiosos da área. O primeiro deles refere que, em seu texto, a Rede Cegonha não menciona o acesso à assistência das mulheres que vivenciam o aborto assegurado por lei, que também é uma demanda comum das maternidades (CARNEIRO, 2013).

Além disso, no ano de sua implantação a rede recebeu críticas principalmente do Movimento Feminista brasileiro, que a considerou um retrocesso por elaborar uma política em que a assistência é direcionada à mulher mãe, excluindo do debate a escolha da maternidade, a legalização ou descriminalização do aborto e a reprodução assistida. O próprio termo “rede” contribui para a concepção da saúde da mulher vinculada à maternidade, onde a anatomia volta a ser destino e há o desaparecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (CARNEIRO, 2013; CARVALHO, 2015).

Entretanto, passados sete anos desde a implantação da Rede Cegonha, ela permanece na agenda política na área materna e infantil com avanço heterogêneo, considerando-se os diferentes graus de compromisso dos gestores e a pluralidade da população e das condições de vida das pessoas. O que pode ser enumerado é que a Rede Cegonha reafirmou o compromisso e enfatiza a urgência na revisão dos processos de cuidado nessa área (GOMES, 2014; PASHE et al., 2014; ANDRADE et al., 2016).

Dentre eles, o incentivo à humanização, o apoio institucional às boas práticas e à qualidade na assistência ao parto, que sempre foram solicitações do movimento de mulheres a

fim de combater a abordagem intervencionista sobre seus corpos. Ademais, sinergicamente tem ocorrido a progressiva inserção da enfermeira obstétrica nos cenários de parto de risco habitual, o que tem tornado o momento fértil e possivelmente promissor para mudanças na atenção materna e infantil no Brasil, com possibilidade de revisão de conceitos, valores e de práticas assistenciais que podem resultar na melhoria da atenção obstétrica (CARVALHO, 2015; GOMES, 2014).

Contudo, é relevante considerar que a produção cotidiana das ações de saúde do SUS é “transversalizada por interesses e disputas e se faz em tensionalidades múltiplas” (GOYA et al., 2016, p. 916), que podem impedir avanços para a saúde materna e infantil. Portanto, a Rede Cegonha não deve ser compreendida apenas nos contextos macropolíticos e normativos, pois estes não contemplam a diversidade presente na dimensão micropolítica das experiências cotidianas (MERHY et al., 2016).

Nesta perspectiva, as singularidades das interações sociais e o pluralismo dos fenômenos sociais implicados no cotidiano da Rede Cegonha necessitam ser compreendidos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem Teórico-Methodológica

Para compreender a integralidade no cotidiano da Rede Cegonha, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores, elegeu-se a abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva do Cotidiano segundo Michel Maffesoli (MAFFESOLI, 2010).

A escolha pela abordagem qualitativa foi devido à capacidade desta de capturar, por meio das visões e perspectivas dos participantes, os significados dados a fatos da vida real, a intencionalidade inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais do cotidiano onde a Rede Cegonha se insere. Além disso, essa abordagem abrange condições contextuais em que as vidas das pessoas se desenrolam e que, em muitos casos, podem influenciar todos os eventos humanos (MINAYO, 2010; YIN, 2016).

Na abordagem qualitativa, seus instrumentos possibilitam o estudo dos momentos tais quais são vividos e dos quais emergem o sentido do fenômeno social. Nesta perspectiva, a escuta é uma competência essencial na pesquisa qualitativa, que é capaz de captar as informações sobre as pessoas em seu contexto. Essa escuta é ampliada e se estende a ouvir além das palavras e perceber o que pode estar na entonação da voz, nos gestos, no ambiente e, no caso de documentos, o que está explícito e nas entrelinhas. Para isso, é fundamental que o pesquisador tenha sensibilidade para apreender os significados visíveis e latentes do objeto de pesquisa (DESLAURIERS; KÉRSIT 2010; YIN, 2016).

A opção metodológica para a investigação foi o estudo de caso, por ser adequado ao estudo de um fenômeno social contemporâneo em seu contexto da vida real, onde o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos comportamentais, pois “os limites entre o fenômeno e o contexto podem não ser claramente evidentes” (YIN, 2015 p. 17).

O mesmo autor acrescenta que o estudo de caso proporciona a análise do objeto em profundidade e preocupa-se com seu caráter unitário, possibilitando a compreensão em níveis individuais, coletivos, sociais e organizacionais, com a preservação das características significativas do evento. Estas características fazem com que os estudos de caso sejam generalizáveis às proposições teóricas e tenham como meta generalizar teorias, ou seja, a generalização analítica. Não sendo, portanto, objetivo dos estudos de caso ser generalizáveis

às populações ou aos universos, não inferindo probabilidades, nem realizando generalização estatística (YIN, 2015).

Nesta pesquisa, foi realizado um estudo de caso único, considerando-se que os cenários estudados situam-se no mesmo território e retratam as situações diárias do cotidiano dos serviços que configuram a Rede Cegonha no Município de Campina Grande/PB e apresentaram, dessa maneira, informações holísticas, relevantes, em profundidade e representativas sobre a temática, possibilitando à pesquisadora revelar o caso em sua multiplicidade de dimensões (LÜDKE; ANDRÉ, 2012).

Considerando-se que a Rede Cegonha, como Rede de Atenção à Saúde, é construída/fortalecida no cotidiano, a fundamentação teórica foi embasada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano que, de acordo com Michel Maffesoli (2010, p.30): “se ocupa em descrever o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as vivências dos diferentes atores envolvidos”. Nesta perspectiva, o pesquisador deve estar atento às questões comuns que acontecem no cotidiano que envolve o agir do homem em seu meio (MAFFESOLI, 2010).

A norma que é colocada por meio da proposta da Rede Cegonha e das demais políticas de saúde pública depara-se, no cotidiano, com as expressões sociais resultantes do convívio das pessoas que buscam estar juntas, partilhando sentimentos, afetos e conversações, como uma empatia comunalizada que se constitui gradativamente. Nessa convivência, que Maffesoli chama de socialidade, a potência social tenta se exprimir conforme as escolhas do modo de agir, influenciadas por “um misto de sentimentos, paixões, imagens, diferenças que incita a relativizar as certezas estabelecidas (religiosas, políticas, teóricas) e remete a uma multiplicidade de experiências coletivas” (MAFFESOLI, 2002, p.8)

De acordo com Maffesoli (2010, p. 41) “os atos sociais espontâneos proporcionados na socialidade, fazem parte de um estilo cotidiano feito de gestos, de palavras, de teatralidade de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, no qual se deve dar alguma conta – ainda que, para tanto, seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos, em adotar um procedimento estocástico e desenvolto”.

Para Maffesoli o olhar atento do pesquisador deve voltar-se para as mínimas situações do dia a dia, valorizando sua pluralidade e fragmentação, que fazem parte da trama social (MAFFESOLI, 2002). Assim, é no “estar junto” proporcionado pela socialidade que a Rede Cegonha é tecida pelos atores sociais envolvidos.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido nos serviços de saúde de Campina Grande/PB vinculados regionalmente à Rede Cegonha. Este é o segundo maior município em extensão territorial da Paraíba, com população estimada de 410.332 habitantes em 2017. No aspecto socioeconômico apresentou em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDH-M/2010 de 0,721, que foi superior ao da Paraíba em geral e, até mesmo, maior que o do Brasil nessa época (IBGE, 2019; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, 2014).

Nele situa-se a sede da 2ª macrorregião de saúde, das três existentes no estado, ofertando assistência nos três níveis de atenção a aproximadamente 1.127.117 habitantes. No contexto da divisão política administrativa da saúde, divide-se em oito Distritos Sanitários (DS), sendo apenas dois em zona rural. A APS tem quase 90% de população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual atuam 115 Equipes de Saúde da Família, todas atendendo à mulher e à criança nesse nível de assistência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, 2014; JOÃO PESSOA, 2018).

A assistência ao parto de risco habitual é realizada em três maternidades (M1, M2 e M3). Apenas a M3 é referência para mais de 170 municípios na oferta de ações e serviços de média e alta complexidade, como o pré-natal e parto de gestantes de alto risco, o planejamento reprodutivo com enfoque nos métodos cirúrgicos de contracepção (vasectomia e laqueadura), inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), e tem em sua estrutura física o Centro de Parto Normal (CPN), que está aberto ao público desde o mês de maio de 2018 (JOÃO PESSOA, 2012; FERREIRA, 2019). O Quadro 1 explicita o número de leitos do SUS por cada maternidade.

Quadro 1 - Número de leitos habilitados e qualificados de obstetrícia clínica e cirúrgica das maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Campina Grande/PB

MATERNIDADE	LEITOS DE OBSTETRÍCIA CLÍNICA	LEITOS DE OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA
M1	23	7
M2	15	12
M3	77	10
Total	115	29

Fonte: CNES (2019).

Nessa perspectiva, ponderando a abrangência da Rede Cegonha, os cenários deste estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as três maternidades do Município de Campina Grande/PB.

Para escolha das UBS, efetuou-se um sorteio de um DS e a seguir de uma UBS deste distrito, logo após, foi realizada a coleta dos dados nessa UBS. Posteriormente, fez-se um novo sorteio de um DS e de uma UBS, e assim sucessivamente em cada DS. Foram excluídas do sorteio apenas duas UBS, por serem campos de prática docente da pesquisadora. Em relação às maternidades, todas foram incluídas.

4.3 Participantes do Estudo

Na pesquisa qualitativa Pires (2010) orienta que a amostra deve ser flexível e definida de acordo com a relação entre ela e o objeto do estudo. Nesta compreensão, no presente caso, a amostra foi composta pelos atores sociais que vivenciavam o cotidiano na Rede Cegonha: usuárias, profissionais de saúde (das UBS e das maternidades) e gestores dos três níveis de atenção.

Como critérios de inclusão das usuárias consideraram-se: usuárias maiores de 18 anos que foram acompanhadas em alguma fase do ciclo gravídico puerperal, com pelo menos quatro consultas de pré-natal, o que representa praticamente 70% do que é preconizado pelo Ministério da Saúde como mínimo necessário para um atendimento de qualidade (BRASIL, 2013); usuárias que tenham parido pelo menos um filho desde 2012 (que foi o ano de implantação da Rede Cegonha em Campina Grande/PB); usuárias do planejamento reprodutivo há pelo menos seis meses nas UBS ou do serviço de referência do município.

Quanto aos profissionais de saúde e gestores, foram incluídos os que estavam em atividade e que atuavam havia pelo menos um ano na Rede Cegonha, por se considerar ser este período suficiente de vivência no cotidiano desta rede. Para este estudo foram convidados a coordenadora da Rede Cegonha, da atenção à saúde da mulher, saúde da criança, o diretor da Atenção Primária à Saúde, gerentes dos distritos sanitários, diretores das maternidades e a Secretária de Saúde.

Ressalta-se que houve entraves em duas maternidades durante o período de coleta de dados. Na M1 só foi realizada a entrevista com o gestor da instituição, pois não foi permitido o acesso da pesquisadora aos profissionais de saúde. De acordo com o argumento dado, os profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão não aceitariam participar por não

terem perfil. Entretanto, na M2 a pesquisadora entrevistou apenas profissionais de saúde, visto que, após seis agendamentos, o gestor não pôde atender ao convite.

A amostra foi delimitada por meio dos achados empíricos adquiridos paulatinamente e das questões surgidas no campo de estudo, que auxiliaram na compreensão da complexidade e diversidade dos fenômenos sociais relacionados ao objeto de estudo. Esse processo não ocorreu de forma isolada, mas foi amparado por embasamento teórico que contribuiu para a compreensão das questões que surgiram no campo de estudo. Por isso, no momento em que foi possível apreender os significados na perspectiva dos participantes, das relações que estavam presentes e das interconexões entre os atores e os fatos, a coleta de dados foi finalizada (MINAYO, 2017).

A abordagem de todos os participantes foi feita nos serviços de saúde, na Secretaria de Saúde e no Departamento de Atenção Básica. As usuárias foram abordadas nos serviços de saúde enquanto buscavam atendimento. Em relação aos profissionais de saúde e gestores, a coleta de dados ocorreu em datas e horários previamente agendados, conforme a conveniência dos mesmos.

Dessa forma, a amostra totalizou 58 participantes, sendo 15 usuárias (Quadro 2), 31 profissionais de saúde (Quadro 3) e 13 gestores (Quadro 4). Os quadros a seguir (2, 3 e 4) apresentam o perfil dos participantes do estudo:

Quadro 2 - Perfil das usuárias participantes do estudo

USUÁRIAS							
Nº DA ENTREVISTA	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA MENSAL* ¹	NÚMERO DE FILHOS	GESTANTE
1	23	Casada	Ensino Médio	Do lar	1 salário mínimo	1	Não
2	24	Casada	Fundamental Incompleto	Do lar	1 salário mínimo	3	Não
3	27	Casada	Fundamental Incompleto	Do lar	1.000,00	1	Sim
4	22	União Estável	Ensino Médio	Babá	1 salário mínimo	0	Sim
5	27	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Do lar	1 salário mínimo	3	Sim
6	20	União Estável	Fundamental Incompleto	Do lar	400,00	2	Não
7	29	Casada	Fundamental Incompleto	Diarista	Menos de 1 salário mínimo	4	Não
8	26	Solteira	Ensino Médio	Do lar	1 salário mínimo	2	Não

¹ O valor do salário mínimo em julho de 2017, no período de coleta dos dados, era equivalente a R\$ 937,00.

9	35	Solteira	Fundamental Incompleto	Cozinheira	1 salário mínimo	4	Não
10	23	União Estável	Ensino Médio Incompleto	Do lar	1 salário mínimo	3	Não
11	21	Casada	Fundamental Incompleto	Do lar/diarista	650,00	1	Não
12	21	União Estável	Fundamental Incompleto	Do lar	1.000,00	3	Não
13	23	União Estável	Fundamental Incompleto	Do lar	400,00	4	Não
14	33	União Estável	Fundamental Incompleto	Do lar	2.000,00	1	Não
15	21	Solteira	Fundamental Incompleto	Cozinheira	900,00	1	Não

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Quadro 3 - Perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo

PROFISSIONAIS DE SAÚDE						
Nº DA ENTREVISTA	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	SEXO
1	32	Casada	Enfermeira	9 anos	Especialização em Saúde da Família	F
2	50	Casada	Enfermeira	30 anos	Especialização em Pediatria e Preceptorial pelo SUS	F
3	42	Casada	Enfermeira	9 anos	Especialização em Obstetrícia	F
4	27	Solteira	Médica	4 anos	Especialização em Saúde da Família e Residência em pediatria	F
5	53	Solteiro	Médico	25 anos	Residência em clínica médica; Especialização em Saúde da Família; Mestrando Saúde Pública e cursando Residência em saúde da família	M
6	30	Casada	Médica	1 ano e 11 meses	Residência em Saúde da Família	F
7	49	Solteira	Enfermeira	24 anos	Especialização em Saúde da Família	F
8	60	União estável	Enfermeira	34 anos	Não	F
9	41	Casada	Enfermeira	16 anos	Especialização em Saúde da Família	F
10	36	Casada	Enfermeira	14 anos	Especialização em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Acupuntura	F
11	33	Casada	Médica	4 anos	Especialização em Pediatria	F
12	47	Solteira	Enfermeira	25 anos	Especialização em Acupuntura, Pediatria, Nefrologia, Urgência, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública	F
13	26	Solteiro	Médico	1 ano e 8	Cursando Residência em Medicina da	M

				meses	Família e Comunidade	
14	51	Divorciada	Enfermeira	25 anos	Especialização em Saúde da Família	F
15	28	Solteiro	Médico	1 ano	Cursando Residência em Medicina da Família e Comunidade	M
16	32	Casada	Médica	3 anos	Cursando Residência em Medicina da Família e Comunidade e Especialização em Preceptorial para a Residência de Medicina de Família	F
17	29	Solteira	Médica	3 anos	Especialização em Saúde da Família	F
18	56	Divorciada	Enfermeira	30 anos	Especialização em Formação pedagógica para enfermeiros	F
19	60	Solteira	Enfermeira	30 anos	Especialização em Programa Saúde da Família	F
20	32	Solteira	Enfermeira	32 anos	Especialização em Obstetrícia	F
21	56	Casada	Enfermeira	30 anos	Especialização em Obstetrícia; Especialização em Formação pedagógica para enfermeiros	F
22	29	Solteira	Enfermeira	5 anos	Especialização em Formação pedagógica para enfermeiros Obstetrícia; Residência de Saúde Materno-Infantil	F
23	32	Casada	Enfermeira	9 anos	Cursando Especialização em Enfermagem obstétrica	F
24	50	Casada	Médica	27 anos	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia; Colposcopia	F
25	47	Casada	Médica	21 anos	Residência em Ginecologia e Obstetrícia; Mastologia; Oncologia Pélvica	F
26	27	Solteira	Enfermeira	2 anos	Especialização em Urgência e Emergência e UTI	F
27	63	Casado	Médico	39 anos	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia	M
28	65	Viúva	Médica	40 anos	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia	F
29	50	Solteira	Enfermeira	20 anos	Especialização em Obstetrícia	F
30	47	Casada	Enfermeira	20 anos	Não possuía	F
31	65	Casado	Médico	41 anos	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Médico Intensivista, Saúde Pública e Administração Hospitalar	M

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Quadro 4 - Perfil dos gestores participantes do estudo

GESTORES						
Nº DA ENTREVISTA	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	SEXO	PÓS-GRADUAÇÃO
1	52	Casada	Enfermeira	25	F	Saúde Coletiva, Saúde da Família, Pediatria, Obstetrícia, Educação na Saúde para Preceptoria no SUS, Gestão no Trabalho e na Educação na Saúde e Mestrado em Saúde Coletiva
2	42	Casado	Fisioterapeuta	17	M	Osteopatia, Gestão do Trabalho e Educação
3	32	Casada	Fisioterapeuta	9	F	Cursando Especialização em Cardiopulmonar
4	55	Solteira	Enfermeira	30	F	Saúde Pública, Obstetrícia e Auditoria
5	32	Casada	Enfermeira	32	F	Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho
6	53	Casada	Enfermeira	29	F	Saúde Pública, Saúde da Família, Saúde Mental, Gestão do Trabalho, Feridas
7	52	Solteira	Fisioterapeuta	28	F	Gestão em Saúde
8	41	Casado	Administrador	17	M	Recursos humanos; Administração hospitalar
9	54	Casada	Enfermeira; Letras	16 30	F	Saúde pública e Saúde da Família
10	53	Casada	Assistente Social	25	F	Educação Básica, Saúde Mental, Saúde da Família e Regulação em Saúde
11	56	Divorciada	Enfermeira	23	F	Saúde da Família, Educação
12	53	Casada	Administração de Empresas	31	F	Saúde coletiva, Saúde Pública, Administração Hospitalar e Auditoria
13	40	Solteira	Enfermeira	8	F	Especialização em Saúde da Família

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Para preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram identificados por um código de acordo com o segmento a que pertencem, seguido de um número conforme a sequência das entrevistas. Ou seja, US para usuária, PS para profissionais de saúde e G para gestores.

4.4 Técnicas de coleta dos dados

Segundo Yin (2015) o estudo de caso deve ser realizado associando diferentes fontes de evidência a fim de permitir uma compreensão profunda do fenômeno estudado e uma maior confiabilidade das evidências, podendo ser utilizados: a documentação, os registros em arquivos, as entrevistas, observação e artefatos físicos. Nesta perspectiva, considerando a

complexidade do tema e as possibilidades de desvelá-lo, as técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo foram a entrevista individual e a observação.

Na investigação social a entrevista é um instrumento privilegiado de exploração do vivido dos atores sociais, que ocorre em um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (POUPART, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2011).

De acordo com Yin (2016) deve-se manter um diálogo semelhante ao natural e que o entrevistador faça um número pequeno de perguntas, mas que sejam suficientes para manter uma conversa saudável fluindo, e demonstre interesse pelas respostas do entrevistado. Optou-se nesta pesquisa pela entrevista com roteiro semiestruturado, pois, ao mesmo tempo em que norteia a entrevista, é flexível à possibilidade de novos questionamentos que se relacionem com o fenômeno social. Além disso, esse tipo de roteiro oferece ao investigado a liberdade necessária para falar espontaneamente de seus pensamentos e experiências sobre o foco colocado pelo investigador (TRIVIÑOS, 2013; MINAYO, 2010).

Para realização das entrevistas fez-se um contato prévio com os profissionais de saúde e gestores a fim de oportunizar o agendamento do horário e local conforme disponibilidade e preferência. No tocante às usuárias, as mesmas foram abordadas nas UBS enquanto aguardavam atendimento. Neste sentido, as entrevistas foram executadas pela pesquisadora nos meses de julho a setembro de 2017 e ocorreram individualmente em lugares reservados. Seguiram-se roteiros semiestruturados específicos para cada segmento de participantes (APÊNDICE IA, IB, IC). Ao término de cada entrevista foi realizada a transcrição na íntegra por duas colaboradoras devidamente capacitadas. Os dados foram organizados e armazenados em banco de dados pela pesquisadora.

Outra técnica adotada foi a observação, por proporcionar maior aproximação com a realidade, para compreender o fenômeno social no momento em que ocorre, onde o pesquisador passa a presenciar os fatos, sem intervir neles, fazendo papel de expectador das situações e dos comportamentos relacionados ao objeto (MARCONI; LAKATOS 2011; JACCOUD; MAYER, 2010).

Durante a observação o pesquisador pode utilizar todos os sentidos para identificar e obter as nuances do fenômeno social, que podem não ser referidas pelos participantes, mas que norteiam os seus comportamentos. Por isso, a observação possibilita a apreensão de impressões relevantes não captadas por outras técnicas, o que potencializa os achados (MARCONI; LAKATOS 2011).

A observação foi realizada nos espaços cotidianos dos serviços de saúde que ofertam o cuidado à mulher e à criança, com objetivo de captar e registrar as percepções da pesquisadora sobre o ambiente, sobre as circunstâncias diárias que envolvem as usuárias, profissionais de saúde e gestores e as relações estabelecidas entre eles.

A duração total das observações foi de aproximadamente 40 horas e ocorreram no mesmo período das entrevistas nos momentos que as antecediam e as sucediam. Os registros foram feitos por meio de notas de observação (NOs) em um diário de campo (APÊNDICE II) após cada observação. Os registros foram sistematizados em um quadro com duas colunas que contemplaram as notas de observação e notas de reflexão da pesquisadora. Explorou-se nos registros a descrição do local, da situação, dos comportamentos e reações dos participantes durante as entrevistas, das conversas informais, bem como da linguagem não verbal expressa por meio dos comportamentos e gestos.

4.5 Análise dos dados

Todos os dados obtidos das entrevistas e das observações foram triangulados, permitindo ao pesquisador o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, produzindo maior profundidade da análise (YIN, 2015).

Desse modo, os dados foram analisados por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que se organiza em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira etapa, denominada de pré-análise, consiste no pesquisador estabelecer o contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Essa fase tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, constituindo-se um *corpus* para o desenvolvimento das operações sucessivas de análise.

Posteriormente, é efetivada a exploração do material com leituras exaustivas para identificar as categorias emergentes. Por fim, é realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados brutos para classificá-los em categorias empíricas e realizar a análise temática (BARDIN, 2011).

4.6 Aspectos Éticos

Previamente à inserção no campo, esta pesquisa foi autorizada pelas três maternidades (ANEXO IA, IB, IC) e pela Secretaria de Saúde de Campina Grande/PB (ANEXO ID).

Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, obtendo o Parecer nº 2.054.087 e CAAE: 66614917.30000.5149 (ANEXO II).

O trabalho de campo foi desenvolvido em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). No ato do convite foi entregue aos participantes desta pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES IIIA, IIIB e IIIC), no qual constavam informações sobre os objetivos, as contribuições, garantia dos dados para fins de pesquisa, possíveis benefícios, riscos, o caráter voluntário da pesquisa e ausência de ônus ou prejuízo.

Foi elucidado que os resultados poderão subsidiar a elaboração de estratégias que ofertem serviços à mulher e à criança, com mais centralidade em suas necessidades de saúde, melhorando, dessa forma, a qualidade na assistência prestada. Com relação aos riscos de constrangimento durante as entrevistas, assegurou-se aos participantes que as entrevistas fossem realizadas em locais com privacidade e, em respeito ao anonimato dos participantes, foram identificados conforme informação acima.

Ao manifestarem interesse em participar do estudo e concederem a permissão, foi utilizado o MP3 durante as entrevistas a fim de garantir a confiabilidade das informações.

5 O COTIDIANO DA REDE CEGONHA

As normas estabelecidas pela Rede Cegonha determinam a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidas para o cuidado da mulher e da criança. Entretanto, no cotidiano a relação que se estabelece entre as mulheres, profissionais de saúde e gestores são heterogêneas e com múltiplas peculiaridades, que podem disparar as rupturas dessas normas, com outras formas de viabilizar o cuidado em direção à integralidade.

Nessa perspectiva, adentrar no trabalho de campo por aproximadamente três meses possibilitou-me desvelar as potencialidades que cada ator social tem em criar estratégias para garantir o cuidado e os fluxos dentro da Rede Cegonha de Campina Grande/PB. Também foi possível apreender alguns entraves no cuidado e falhas na organização e funcionamento desta rede.

Da análise decorrente da triangulação dos dados das entrevistas, da observação e da análise documental, emergiram três categorias analíticas, sendo a primeira e a última subdivididas em subcategorias, a saber:

1 - CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO

5.1.1 - Quem tece a Rede Cegonha?

5.1.2 - Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência

5.1.3 - A presença do homem no pré-natal: qual o seu papel?

5.1.4 - A (in)visibilidade da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika pela Rede Cegonha

2 - (DES) CONEXÕES ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE CEGONHA

3- O OLHAR DE MULHERES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES SOBRE O CUIDADO NAS MATERNIDADES DA REDE CEGONHA

5.3.1 A superlotação nos cenários de parto da Rede Cegonha e suas implicações no cuidado

5.3.2 Violência obstétrica no cotidiano das maternidades

Com relação à primeira categoria foi possível apreender aspectos das práticas profissionais e as estratégias para assegurar o cuidado, bem como para operacionalizar a presença do homem no pré-natal, além de discutir sobre (in)visibilidade da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika pela Rede Cegonha².

Na segunda categoria discute-se a estrutura operacional da Rede Cegonha, enfocando as (des)conexões entre os pontos de atenção da Rede Cegonha e suas implicações para o cuidado. A terceira categoria aborda o cuidado vivenciado nas maternidades no cotidiano sob a ótica das mulheres, dos profissionais de saúde e dos gestores.

5.1 Cenas cotidianas do cuidado: a rede cegonha em construção

As cenas cotidianas da Rede Cegonha, sob a ótica da Sociologia Compreensiva segundo Michel Maffesoli (2010), permitem compreender os serviços de saúde como *locus* de socialidade onde permeiam pluralidades de afetos, sentimentos, trocas, laços e expressões. Assim sendo, esta categoria auxilia a compreensão da dinamicidade dos atores sociais, tecendo essa rede temática para além da moral estreita do “dever-ser”.

5.1.1 Quem tece na Rede Cegonha?

No cotidiano da assistência materna e infantil a porta de entrada para acessar os serviços de saúde e obter o cuidado é frequentemente escolhida pelas usuárias.

Tava com a garganta inflamada e eu trouxe ela (a filha) pra essa médica (da UBS), mas ela me atendeu assim meia, só olhou assim, olhou por cima, disse que ela (a filha) não tava com a garganta inflamada e mandou eu dar dipirona. A bactéria se instalou na garganta e a landra cresceu, virou um caroço. Aí fui pro hospital (urgência pediátrica), ela (a filha) ficou uma semana lá, internada. Teve alta, [...] ela (a médica do hospital) passou (o antibiótico) pra eu dar em casa mais uma semana. Não cedeu o caroço. Fiquei apavorada! Eu voltei lá por conta própria, a médica olhou pra mim e disse: “Continue o antibiótico mais cinco dias.” e mandou eu ir pro HU (Hospital Universitário) marcar pro especialista. Só que eu tava desesperada! Aí eu me lembrei de uma pediatra que ela foi muito boa, era bem boa e dedicada na semana que ela ficou internada, e eu procurei ela por conta própria, eu subi no hospital (de urgência pediátrica) sem ninguém me vê e fui lá e achei essa pediatra e falei com ela: Doutora, pelo amor de Deus me ajuda! Ela me encaminhou pra uma amiga (médica) dela, ligou pro HU

²Realizou-se o recorte desta categoria para a elaboração do artigo intitulado “**CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO**” (APÊNDICE I), aceito para publicação no volume 23 de 2019 da Revista Mineira de Enfermagem (ANEXO III)

(Hospital Universitário) e conseguiu uma vaga [...]. Tirou o caroço, fez a biópsia, não deu nada. Aí voltei lá, mostrei à médica (da urgência pediátrica), por conta própria também, porque não podia! (US11)

Os dados descrevem a trajetória em busca pelo cuidado, no qual a opção dos pontos de atenção tem como referência o perfil de profissional de saúde que seja dedicado e realize um bom atendimento. Assim, a percepção do agravamento de um problema de saúde e o desejo de obter o acesso incitou a usuária assumir o protagonismo e a gestão pelo cuidado a fim de superar os entraves.

Além disso, em conversa informal ao término da entrevista, foi referido que no âmbito da UBS “as coisas são muito difíceis para conseguir horário de atendimento”. Por isso, com a evolução do “caroço” na filha, não retornou à médica da UBS porque, lá, o atendimento ocorria somente por agendamento ou quando a criança estava febril e isso lhe demandaria mais tempo, já que compreendia que sua demanda não se encaixaria nestes fluxos de atendimento previstos (NO3).

Essa lógica de organização de atendimento e ausência de acolhimento com espaço de escuta na UBS inviabiliza a ordenação e coordenação do cuidado pela APS dentro da RAS, conforme é incentivado normativamente. Contudo, é possível notar que o caminho trilhado pela rede de serviços de média e alta complexidade que atende as crianças do Município de Campina Grande/PB possibilita a construção do mapa de cuidado que tece uma rede própria dentro da Rede Cegonha.

Nessa perspectiva, sob a lógica das necessidades de saúde e dentro dos limites e das possibilidades dos serviços e dos fazeres dos profissionais, criam-se todos os caminhos necessários para obter a resolutividade (CECÍLIO et al., 2014). De acordo com Maffesoli (2010), isso é possível, porque existe o conhecimento empírico cotidiano de cada pessoa e do coletivo que não pode ser dispensado, pois é o que determina o “saber-viver”, “saber-dizer” e “saber-fazer” a escolha dos serviços e dos profissionais em busca do cuidado.

Ressalta-se que, no cotidiano, as “relações afetuais” estabelecidas entre quem busca e quem oferta a assistência são relevantes para o desfecho positivo. Destarte, quando a médica operacionaliza a continuidade do cuidado da criança com a especialista, além de contribuir com a resolutividade do caso, potencializa a produção da rede, já que proporciona fluxos e conexões entre serviços, trabalhadores e a usuária (GALAVOTE et al., 2016).

São atitudes como essas que possibilitam que a integralidade se materialize na atenção prestada, evidenciando-se que no “espaço vivido” no serviço de urgência pediátrica o cuidado

foi coordenado para fluir de forma sistêmica, onde a comunicação em rede foi estabelecida em defesa do direito à saúde das usuárias (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

Outros achados demonstram as escolhas das usuárias, porém em relação aos locais para realizar o pré-natal e o parto. Em Campina Grande/PB, desde a implantação da Rede Cegonha, existe um mapa que vincula as gestantes às maternidades, de modo que todo distrito sanitário do município tem uma maternidade de referência para as parturientes de risco habitual, visando à garantia do leito obstétrico. Na prática, no entanto, as usuárias relataram como faziam suas escolhas:

Vou pra [M2] mesmo. [...] é porque o pessoal daqui [da comunidade] fala muito bem. (US3)

Eu quero ir pra M1, porque meus outros dois foram lá e eu gostei. (US15)

As escolhas pessoais e a opinião dos membros da comunidade em que as mulheres estão inseridas são os fatores que norteiam os caminhos em busca do cuidado para o parto e nascimento. Por esse motivo, a determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB para organizar o fluxo das mulheres na Rede Cegonha e a orientação dos profissionais de saúde para qual maternidade as mulheres devem ir não têm alcançado êxito.

Existe uma invariância das atitudes populares nas aparentes modificações, onde “a vida diária jamais se deixará apreender através de instrumento que pressuponha o desenvolvimento uniforme e constante”, pois é o espaço vivido que molda coercitivamente os hábitos e costumes do dia a dia (MAFFESOLI, 2002 p.26).

No que se refere ao local para realizar o pré-natal, identificaram-se situações que as usuárias elaboraram em busca do cuidado.

A gente tem muita gestante que vem assim, se agregar junto à família. Mora em outro lugar e vem pra dentro da casa [...] de alguém da família. Dá o endereço e se cadastra pra fazer o pré-natal. (PS18)

É engraçado (risos), mentem [...]. Eu descobri quarta-feira uma mulher de [nome da cidade vizinha], mas deu o endereço da cunhada, pertinho da unidade, só pra ficar na unidade, [...] ela fala, parece que mora na área, dá até detalhes do lugar! (G6)

As mulheres usam de criatividade, para garantir o cuidado pela APS de Campina Grande/PB. Criam “máscara da astúcia” e do “duplo jogo”, simulando residir em localidades de cobertura das equipes de saúde, ou mesmo passando a morar nas casas de familiares residentes nestes locais.

Maffesoli (2002, p.122) argumenta que “o duplo jogo nos ensina que o espetáculo é parte integrante da vida social, é organizado em função dos outros, mas igualmente em função

do próprio ator”, assim como as máscaras. Apesar disso, não podem ser compreendidos como falsidade, mas como possibilidade de proteção da saúde (RODRÍGUEZ-BORREGO, 2014).

As máscaras assumidas nas relações do dia a dia são necessárias no cotidiano, onde o que impera é a “ética do instante, no aqui e agora” (MAFFESOLI, 2010, p. 231). Por isso, a necessidade percebida pelas usuárias e o intento de iniciar o pré-natal são o que determina o modo de agir para conseguir o atendimento e esta “teatralidade é o que constitui a própria trama da vida cotidiana” (MAFFESOLI, 2010 p. 187).

É possível captar os movimentos territoriais que as mulheres realizam em busca do pré-natal, tanto no município foco deste estudo, quanto em cidades circunvizinhas. Alguns motivos para que isto ocorra podem ser destacados:

Quem mora numa dessas casas, onde foi terreno de invasão, é meio que sem unidade de referência. [...] então, elas se autorreferenciam pra cá [...]. Outras gestantes também, que vinha fazer o pré-natal com a gente porque como sabem que a equipe tá, sempre é a mesma equipe, né, já temos [...] um elo com a comunidade onde ela acredita no nosso trabalho. (PS18)

Algumas [gestantes] saíram daqui [do bairro] e não se adaptam com outra equipe. (PS14)

A ausência de UBS foi apontada como um dos motivos para as mulheres assumirem máscaras sociais a fim obter acesso ao pré-natal. Ressalta-se que, para as usuárias que moram em áreas descobertas do município em estudo, existem Centros de Saúde de referência. Entretanto, as mesmas preferiam se inserir em algum serviço mais próximo de sua residência.

Além disso, as mulheres optavam por se deslocar de outras localidades para realizar o pré-natal com os profissionais de saúde em quem confiavam e aos quais se sentiam vinculadas, que são questões construídas nos espaços de “estar-junto” no cotidiano, no qual existem afetos, sentimentos e que servem como “cimento social” na socialidade (MAFFESOLI, 2012) presente nos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, este processo relacional que contribui para o vínculo ocorre de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos. A natureza da relação estabelecida é que dita o tipo de vínculo constituído e o seu potencial para desenvolvimento de ações de saúde (BARROSO; PENNA, 2016; GALAVOTE et al., 2016).

Os profissionais de saúde referiram suas atitudes frente aos agenciamentos das mulheres para conseguirem atendimento:

[...] até que a prefeitura faça um remapeamento, cadastre [...] mais equipes, [...] a gente não pode deixar esse povo sem atendimento, a gente não tem coragem de dizer um não. (PS18)

Eu tenho uma que fiz o pré-natal da nora, [...] e agora a sogra [...] morando do outro lado e já me pediu [...]. Então assim, eu não tenho como dizer não

[risos]. [...]. Então, criou vínculo, a gente é referência [...]. Então a gente dá um jeitinho e acolhe [...]. (PS14)

Independente dos motivos das usuárias para procurarem os profissionais de saúde, estes também se sentiam vinculados às usuárias e não se limitavam aos desenhos postos pela territorialização, que nesses casos poderiam ser excludentes. Pode-se inferir que os profissionais assumiam uma postura ética, acolhedora e responsabilizavam-se pelo cuidado.

A socialidade construída cotidianamente no território flexibilizou-o, demonstrando que, para além da questão geográfica que orienta a RAS e a APS, a delimitação territorial não enclausurou as práticas dos profissionais, pois estes, mesmo inseridos em serviços do SUS e, portanto, com normas a cumprir, têm de certa forma, autonomia e gestão do cuidado que devem prestar.

Desse modo, assistir as usuárias que procuram os serviços, mesmo sendo de outros territórios geográficos, é reconhecer o território existencial que move as mulheres a distâncias maiores, mediante suas escolhas e modos de produzir suas vidas. Nesta perspectiva, compreende-se que a rede de cuidados que se forma é viva e potente, por estabelecer conexões de territórios e permitir que as usuárias não tenham subtraídas as possibilidades de assistência. Trata-se, portanto, de o profissional de saúde colocar a centralidade das práticas de cuidados nas demandas e necessidades das pessoas e ressignificar, a partir daí, as normas instituídas (SILVA; MOEBUS; FERREIRA, 2016; SEIXAS et al., 2016).

No cotidiano dos serviços de saúde existem “sentimentos, afetos e conversações que constituem a trama social gradativamente” (MAFFESOLI, 2002, p.61), para vê-las e compreender sua importância é preciso estar atento às coisas simples e pequenas, já que existem “múltiplas interações absolutamente sutis que não se deixam, *stricto sensu*, reduzir, sendo vã a tentativa de negá-las” (MAFFESOLI, 2002, p.21).

Constatou-se que o acesso para as gestantes pertencentes à área de abrangência também era assegurado.

A gente dá total livre acesso na unidade de saúde pra gestante, então, pode vir todo e qualquer dia, independente do dia do pré-natal, pra tirar dúvida, vir com alguma queixa, ter tido algum sangramento, sempre orienta os exames, quando são realizados, antes mesmo do dia da consulta, no dia que receber, vir à unidade mostrar o resultado dos exames, pra poder, se tiver alguma alteração mais importante, a gente já medicar inicialmente, mesmo antes da consulta de pré-natal. (PS4)

Elas vêm de livre demanda, aí já agenda o pré-natal, ou já vêm pra solicitar o teste de gravidez, que a gente tem o teste rápido, aí, quando têm um atraso menstrual, elas já vêm pra solicitar o teste de gravidez e já deixam a consulta marcada ou, dependendo da disponibilidade, a gente já inicia o pré-natal naquele dia mesmo. (PS10)

É... a gente encaminha a gestante pra o dentista, é... a partir... quando ela sai daqui a gente já combinou, fez um acordo com a dentista, quando ela sai da consulta pré-natal, ela já vai direto pra consulta odontológica que, que facilita mais, do que pra ela marcar pra depois e voltar. (PS5)

As gestantes têm o acesso facilitado nas UBS desde a suspeita da gravidez e isso permanece durante toda a gestação. Nestes serviços existe uma articulação entre os profissionais para que sejam otimizadas as ações de saúde direcionadas à mulher, incluindo atendimento odontológico, oferta do citopatológico, imunização, realização de exames laboratoriais, ultrassonografia e atividades educativas. Ademais, na maioria das UBS visitadas durante a coleta de dados, existem um ou mais turnos de atendimento destinados ao pré-natal, podendo, ainda, serem flexibilizados os horários para melhor atendê-las (NO29, NO31).

Esse pacote de serviços é importante, visto que um bom acompanhamento pré-natal tem impacto positivo nos desfechos obstétricos, não bastando para isso que sejam ofertadas ações e que o sistema esteja integrado, mas que o acesso e a qualidade estejam presentes. Cabe, portanto, refletir como essas ações e serviços estão sendo disponibilizados e se contribuem para a construção da Rede Cegonha, pois o acesso tem sido um dos gargalos do SUS e a entrada na UBS não assegura os caminhos da mulher pela rede, nem se serão trilhados satisfatoriamente.

Nesse sentido, uma pesquisa nacional sobre a situação obstétrica que avaliou as condições do parto e do nascimento evidenciou que, mesmo a cobertura do pré-natal sendo praticamente universal em todas as regiões brasileiras, somente 60,6% das mulheres iniciaram o pré-natal precocemente (até a 12^a semana de gestação) e menos de 10% tinham realizado os exames essenciais para a gestação. As Regiões Norte e Nordeste lidam com maiores dificuldades de acesso das mulheres para agendamento das consultas, problemas com horário de atendimento e com os profissionais do serviço e dificuldade de transporte. Ressalta-se que esses obstáculos são maiores para as indígenas, pretas, pardas e de menor escolaridade (VIELLAS et al., 2014).

Por isso, a Rede Cegonha não está pronta como um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar e a oferta de serviços não garante o seu uso oportuno. As peculiaridades do cotidiano aclaram que, dentro dela, várias microrredes são tecidas pelos atores sociais (MERHY et al., 2016), compreendidos neste estudo, como produtores da rede.

Para que o cuidado à mulher e seus filhos tenha êxito, as ações cuidadoras ofertadas normativamente necessitam que alguns componentes do sistema de apoio apresentem eficácia, como será discutido na próxima subcategoria.

5.1.2 Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência

Pode-se notar, a partir da análise dos dados, que, ao falar em Rede Cegonha, todos os profissionais de saúde e gestores enfocaram inicialmente apenas o pré-natal e o parto. Posteriormente, no decorrer das entrevistas alguns discorreram brevemente sobre os outros componentes desta rede, como o planejamento familiar, atenção à mulher e ao recém-nascido no puerpério e acompanhamento das crianças até os 24 meses.

Isso ratifica as prioridades dadas pelas políticas públicas, pois falhas na atenção durante a gestação, parto e nascimento podem culminar em óbitos, evidenciando fragilidade na forma como o sistema de saúde se organiza para atender as mulheres e crianças. Além disso, em âmbito internacional se reconhece a inevitabilidade da maioria desses óbitos, bem como a relação deles com as condições de qualidade de vida da população, sendo, portanto, necessário o empenho multisetorial (STENBERG et al., 2014).

Em Campina Grande/PB as mudanças foram no âmbito da saúde e relacionadas principalmente aos cenários de parto (BERNARDINO, 2017). Em contrapartida, fora dos cenários em que o parto ocorre, essas mudanças tiveram pouco eco. Ao serem questionados sobre a atenção à saúde na Rede Cegonha, os profissionais de saúde e gestores posicionaram-se acerca do tema.

Levaram nosso sonar hoje, [...] éramos três equipes. Uma [equipe] se mudou essa semana, aí levou o sonar que nós tínhamos. E, aí, a enfermeira foi lá buscar hoje [...]. E, aí, já levou. Tá complicado [risos]! Não vou comprar um sonar para trabalhar! (PS15)

Vixe! Aí é que tá meu calo! Pra você ter uma ideia, só consegui um sonar [...] então, assim, vou dar a uma unidade que está com a situação bem precária [localizada na área rural], que está há mais de quatro meses sem um sonar, não é brincadeira não! [...] eles [os profissionais de saúde] cobram, né, e com razão! (G6)

Constata-se que a falta do sonar acarreta preocupação e indignação nos informantes por tratar-se de um equipamento essencial na avaliação da vitalidade fetal. Por isso, operacionalizam estratégias para garantir a ausculta dos batimentos cardíofetais, como pegar emprestado o sonar de outra equipe de saúde da mesma UBS, ou, ainda, de outro serviço, tendo que devolvê-lo após o uso.

Além disso, os gestores sensibilizam-se com as dificuldades mencionadas dos profissionais em conduzir o pré-natal sem esse equipamento. Quando o adquirem, direcionam para as equipes de saúde que trabalham em comunidades com o nível socioeconômico mais baixo e em zonas rurais.

No ambulatório de pré-natal de alto risco foi possível observar a logística de compartilhamento do sonar. As consultas médicas aconteciam simultaneamente em alguns consultórios e esse insumo ficava sendo transportado por funcionários da recepção, ou por alunos estagiários de medicina que estavam sob preceptoría dos médicos obstetras. Consequentemente, o atendimento atrasava, gerando mais espera das gestantes enquanto aguardavam a consulta no local, bem como das gestantes encaminhadas pela APS de Campina Grande/PB e de outros municípios do interior do estado, que frequentemente esperam mais de trinta dias para conseguirem a primeira consulta com o especialista (NO17).

A insuficiente quantidade desse insumo no Município de Campina Grande/PB soma-se à oferta insatisfatória dos exames e dos medicamentos para as gestantes.

A gente tem problema com medicação, muitas vezes falta [...] algumas compram, outras já relatam durante a consulta que não têm condições nenhuma de comprar. (PS3)

A gente tem dificuldade de marcar exames mais específicos, como sorologias, [...] e também demora muito a marcar as ultrassonografias obstétricas. (PS4)

Nosso laboratório tá fechado vai fazer um ano. Aí, isso é muito... é frustrante pra gente, sabe? [...] elas realizam [em Campina Grande], pelo menos um, mas você sabe que são três. Mas elas tentam. (PS17)

A fragilidade dos sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico) e farmacêutico está presente no cotidiano da Rede Cegonha de Campina Grande/PB. Não eram ofertados insumos, medicamentos e exames oportunamente e de acordo com as necessidades das mulheres, que, em sua maioria, não têm condições financeiras para comprar as medicações e/ou realizar os exames e procedimentos como particulares.

Na zona rural a situação é mais precária e as usuárias não podem pagar o deslocamento à cidade para realizar a coleta dos exames. Nesta perspectiva, há um sentimento de frustração dos profissionais de saúde, que se sentem responsabilizados por um acompanhamento de pré-natal, mas que o realizam sem um aparato necessário para garantir uma atenção segura e de qualidade.

O Ministério da Saúde preconiza que a mulher inicie precocemente o pré-natal, a fim de garantir a oferta dos procedimentos necessários, tanto para um bom acompanhamento, como, também, para intervir se surgirem alterações clínicas que necessitem de outras condutas. Contudo, o cenário de insuficiência do sistema de apoio e farmacêutico apresentado caracteriza-se por um sistema de saúde que permanece fragmentado, pouco acessível,

ineficiente e que pode trazer implicações na qualidade da assistência (BRASIL, 2013; MENDES, 2011).

Estudos têm evidenciado que no Brasil houve um avanço na cobertura do pré-natal e, com isso, melhorou o acesso. Atualmente quase 100 % das mulheres que tomam a iniciativa conseguem realizar o pré-natal. Em contrapartida, existem falhas na qualidade, com fragilidades nos quesitos insumos, medicações e exames, sendo mais críticas em relação a estes últimos e principalmente nos municípios de pequeno porte, visto que os de médio e grande porte possuem a rede de prestadores de serviços que garantem a realização dos mesmos (VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017), como deveria ser o caso de Campina Grande/PB.

A presença do odontólogo nas UBS não é uma realidade constante nas equipes de saúde.

A gente tem a dentista aqui, que na verdade é uma pra três equipes, o que não é bom, deixa ela sobrecarregada. (PS13)

[...] eu não sei, não sei onde é o entrave, onde é que fica, porque na hora que quebram um equipamento [autoclave] desse, seis meses sem a dentista poder atuar adequadamente! [...] eu encaminho a gestante pra fazer a avaliação, quando ela [a dentista] faz a avaliação, tá cheia de cárie e vai fazer esse tratamento aonde? Outras equipes não recebem, entendeu? [...] quando tem alguma situação muito grave, como foi o caso de uma gestante que ainda tá grávida agora, ela precisou fazer encaminhamento e a paciente foi fazer lá na unidade do centro da cidade [Centro de Especialidade Odontológica], depois de várias idas e vindas pra fazer uma exodontia pra tirar um dente, porque foi necessário. (PS18)

Eu tinha muita dor de dente, sofri muito a gravidez dele todinha [...] aí vinha e não dava jeito, dizia que não tinha anestesia para o dente, aí eu fui, disse: Quer saber de uma história, eu não vou mais não! [...] Até hoje a médica olhou pra mim e disse quando ela me viu: “Ainda tô esperando.”. Aí eu disse: Ah, pois tá grave! Porque não tinha de jeito nenhum! Aff, eu tinha dor de dente demais, quase todos os dias eu tava aqui com dor de dente. Aí eu peguei uma raiva! Eu não vou mais pra nada não, nem pra pré-natal nem pra mais nada, não dá jeito! Aí não vim mais. (US7)

Existe carência de serviço odontológico na Rede Cegonha de Campina Grande/PB. Nas UBS que não têm dentistas as mulheres ficam sem esse atendimento e, mesmo nos casos em que são necessárias intervenções, há dificuldade de obter resolutividade às demandas apresentadas, comprometendo, dessa forma, a integralidade do cuidado e influenciando na adesão das mulheres aos outros atendimentos também necessários durante a gestação.

Em várias UBS visitadas durante a coleta de dados pôde-se observar desde a ausência de dentistas até reclamações de sobrecarga de trabalho por atenderem mulheres de três áreas da ESF. Além disso, esses profissionais trabalham com escassez de insumos e equipamentos

necessários à sua atuação, como autoclave, anestésico, amálgama e gaze. Neste contexto, sua atuação tem sido direcionada frequentemente às atividades educativas (NO14).

Ressalta-se que, embora sejam relevantes estas ações para a promoção da saúde, as práticas em saúde bucal apresentam outras possibilidades que também contribuem significativamente na saúde materna e infantil. Portanto, é importante refletir sobre a subutilização dos dentistas na Rede Cegonha de Campina Grande/PB nas situações em que esse profissional está presente nas UBS, mas que, em decorrência da falta de materiais para seu trabalho clínico, não atuam com todas suas habilidades.

Do mesmo modo, considerando as necessidades das mulheres e das crianças, faz-se imprescindível que na ausência de dentista na UBS a gestão municipal da Rede Cegonha de Campina Grande/PB viabilize fluxos menos burocráticos a outros serviços, a fim de favorecer a resolutividade das demandas apresentadas. Estudos salientam que a saúde bucal deve ser uma ação contemplada na APS, porém frequentemente os municípios apresentam números insuficientes desses profissionais e condições precárias de trabalho, sendo comum as usuárias enfrentarem dificuldades para um primeiro atendimento e para a continuidade do cuidado (MELLO et al., 2014; SCHERER et al., 2018).

Para a saúde das mulheres a saúde bucal é relevante durante o pré-natal em decorrência das mudanças hormonais que alteram a homeostase oral, predispondo ao aparecimento de cáries e de doenças periodontais e, conseqüentemente, contribuindo com a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Em relação às crianças as práticas diagnósticas, preventivas e terapêuticas de atenção à saúde bucal, desde o nascimento, contribuem notadamente na promoção da saúde e na redução dos riscos e danos em decorrência da cárie dentária e doença periodontal (TRINDADE et al., 2018; MARTINS et al., 2016).

Os gestores se posicionaram em relação aos sistemas de apoio e farmacêutico.

Em relação aos insumos a gente não tem problema, né, a gente garante essa questão, certo? Dos insumos e medicamentos que são importantes. (G10)

Todos os exames que se fizerem necessários na gestante serão realizados. (G12)

Contrários aos profissionais que descreveram as fragilidades na oferta de medicamentos, insumos e exames, a maioria dos gestores refutou ou não mencionou problemas e assegurou o cumprimento destes itens em prol das necessidades das gestantes. Em decorrência desta omissão, pode-se inferir que a postura dos gestores pode ter relação com os cargos comissionados que ocupam e por terem receio de se exporem frente à administração municipal de saúde.

Os gestores utilizavam máscaras sociais para preservar o *status* social que ocupavam. Em uma leitura compreensiva desse fenômeno com base em Maffesoli (2006), pode-se afirmar que os gestores, ao tentarem não expor que existem fragilidades no sistema de apoio, mostraram que representavam distintos papéis, mas que estes adquiriam valor no grupo em que conviviam.

Os profissionais de saúde afirmaram que toda a gestão municipal tinha ciência dessas lacunas, porém assumia uma postura passiva, o que tornava o tema sistema de apoio permeado de ruídos, já que cotidianamente eram os profissionais de saúde que enfrentavam diretamente com a problemática.

Os profissionais de saúde descreveram como lidavam com as fragilidades da Rede Cegonha de Campina Grande/PB e das questões socioeconômicas que interferem no cuidado.

A médica da gente recebe muita amostra grátis, tem um armariozinho bem ajeitadinho, aí de repente, quando pega uma dessas que não pode de jeito nenhum, ela já dá. Se for eu que vou prescrever e não tem aqui, a gente vai lá e, assim, faz uns ajeitados, sabe [risos]. (PS10)

Quando a gente vê que é a questão financeira [a dificuldade em realizar o exame], aí a gente vai por ali, por aqui: Olhe, a gente te arranjou isso [dinheiro] aqui. (PS9)

A nossa área é muito carente, muito carente, a gente teve um caso, acho que mês passado, de uma gestante bem no início da gestação [...]. Fizemos duas marcações de consultas e ela não veio, [...] aí a enfermeira foi fazer uma busca ativa, quando chegou lá, a gente ficou pasma assim, porque a história era de que ela não tava vindo porque não tinha mais roupa, [...] as roupas da gravidez, ela nesse momento de gravidez não cabia mais nas roupas. Aí, nesses casos, a gente tenta de toda forma, vai muito pela parte social também, né. A gente viabilizou no contexto mesmo da família, vizinhos, conseguimos [roupa], ela veio e, aí, no outro dia, tinha aquela caravana do coração, [...] e aí a gente tem um carro da Secretaria que leva, esse carro da Secretaria é o próprio carro que traz os profissionais de Campina pra cá, e aí, nesse caso, a gente usou o mesmo carro pra levá-la pra M3 [...] nessas situações extremas, como essa assim, a gente tem o plano B, o carro da Secretaria pra levá-las. A gente teve um outro momento também esse ano, acho que tem uns três ou quatro meses, de uma gestante que já tava quase pra chegar o dia do nascimento do bebê e ela não fazia as vacinas, porque aqui a gente tá sem técnica de enfermagem pra vacinar, sabe, e sem as vacinas também. Então teria que ir vacinar em Campina, e aí ela não ía [...] de jeito nenhum, aí a gente foi um dia: Não, vamos ali agora! E a gente levou na mesma hora ela (PS6).

Os profissionais de saúde se sentiam afetados com as dificuldades enfrentadas pelas usuárias. Solidarizavam-se com os aspectos financeiros e sociais que interferem no cuidado, assumindo uma postura proativa a favor das usuárias carentes. Mobilizavam de forma equânime doações de medicamentos, faziam cota entre os membros da equipe de saúde para pagar passagens de algumas usuárias a fim de garantir a realização de exames, além de

articular a rede social e familiar da própria mulher para angariar recursos que contribuíssem socialmente com seu bem-estar.

Essas atitudes demonstram que, no cotidiano, as relações interpessoais que nele se estabelecem, mesmo "em seu aspecto mais banal, são ricas de imprevistos e abertas a múltiplas potencialidades" (MAFFESOLI, 2002. p.27). Portanto, o caráter relacional que atravessa a vivência cotidiana nos serviços de saúde oferta oportunidades de criar e recriar os sentidos e significados das práticas de saúde, no qual a solidariedade se aproxima das noções da integralidade do cuidado (MENDES; FRUTUOSO; SILVA, 2017).

Reitera-se a importância das iniciativas dos profissionais de saúde para lograr a atenção das gestantes. A empatia existente no cotidiano é movente e impulsiona os profissionais a terem atitudes em benefício das mulheres assistidas, pois, por meio dos sentimentos, afetos e conversações, a trama social se fortalece nos serviços de saúde (MAFFESOLI, 2002).

No entanto, as iniciativas dos profissionais e suas ações cuidadoras não têm como superar todas as limitações e burocracias inerentes à Rede Cegonha e que representam obstáculos na garantia constitucional de direito à saúde. Faz-se necessário o cumprimento dos aspectos normativos que assegurem o amplo funcionamento dos sistemas de apoio e farmacêutico para a condução da atenção materna e infantil.

As usuárias, por sua vez, como implicadas na atenção à saúde, referiram o que valorizavam no atendimento.

Foi ótimo [...] a doutora e a enfermeira, é, esqueci o nome dela agora, é... sempre foi bem atenciosa. Doutora [nome da médica] também. (U7)

É bom, eles atende direitinho. Às vezes vou no médico se eu tiver sentindo alguma coisa, ele conversa direitinho, pede exames em toda consulta. Eu não tenho do que reclamar não. (U5)

Foi tudo bom, trataram bem, meu atendimento, foi ótimo, as menina são ótima! [...] esse posto daqui é muito, é bom o atendimento daqui. Eu gosto daqui [...] Fiz sete consultas [durante o pré-natal]. (U1)

Foi bem, me atenderam bem. Sempre me examinaram bem, sempre escutaram o coraçãozinho dele direito. (U2)

As usuárias falaram de forma positiva do atendimento recebido durante o pré-natal na APS, referindo satisfação com a forma atenciosa e dialogada com que eram atendidas. Infere-se que a fragilidade na oferta de medicamentos, exames e insumos que são importantes para o cuidado não foi percebida ou valorizada pelas usuárias, em função da relação interpessoal estabelecida, que é o que reflete para elas o cuidado.

De acordo com Maffesoli (2002 p.37), "a vida cotidiana, à imagem dos indivíduos e grupos sociais, é essencialmente imperfeita, e é sobre essa imperfeição, inconscientemente assumida, que repousam sua harmonia e equilíbrio, e também sua fascinante beleza".

Entre o prescrito das normas e o cotidiano real, deve-se reconhecer que as práticas cuidadoras requerem exames, medicamentos e insumos para atenderem às necessidades biológicas que fazem parte da gestação, mas é necessário legitimar que o fazer cotidiano munido de empatia, criatividade, iniciativas e solidariedade cimenta as relações interpessoais, que são aspectos essenciais que devem ser valorizados e incentivados na Rede Cegonha de Campina Grande/PB.

Reitera-se que o cuidado técnico e biologicista deve ser operado de forma associada às questões afetuais, sociais e contextuais que envolvem as usuárias e seus filhos. Nesta perspectiva, o que é proposto na Rede Cegonha precisa ser compreendido e refletido com os atores sociais desta rede, como é o caso da presença do homem no pré-natal.

5.1.3 A presença do homem no pré-natal: qual o seu papel?

A Rede Cegonha incentiva a discussão sobre gênero e a inserção do homem no planejamento sexual e reprodutivo, no pré-natal e no parto. Nessa direção, desde o ano de 2016 foi integrada a esta rede a recomendação da Coordenação Nacional de Saúde do Homem em realizar o "pré-natal do parceiro" como estratégia de qualificar o atendimento da mulher na fase reprodutiva, ampliar o acesso e acolhimento aos homens ao cuidado no SUS (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2016a).

A intenção é que durante o pré-natal o homem inicie sua participação na saúde reprodutiva do casal, mantendo-se presente no acompanhamento do parto, no planejamento reprodutivo e em outros cuidados clínicos necessários à sua saúde. Além disso, a participação do homem tem um objetivo mais ousado de romper e transformar, na prática, as construções sociais de gênero que direcionam as responsabilidades com a reprodução e do cuidado da criança às mães e, ao mesmo tempo, afastam os homens tanto das obrigações, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo e que favorecem vínculos afetivos saudáveis entre a família (BRASIL, 2016a).

Entretanto, só houve menção por parte dos informantes da participação masculina durante o pré-natal, onde, mesmo não sendo uma exigência normativa, há uma recomendação para que os profissionais de saúde convidem os parceiros das gestantes a acompanharem nas

consultas e ações de saúde. Pode-se notar, a partir da análise dos dados, como estava ocorrendo no cotidiano a inserção do homem no pré-natal nas UBS.

A gente tem, mas ainda é uma realidade bem pequena, é... A gente pede os exames, mas aquela história do homem que não pode sair do trabalho, a gente explica que, se ele vier, a gente entrega uma declaração, mas ainda essa adesão não é maciça não, sabe [...] eu acho que se a gente tiver, sei lá, vinte, trinta por cento de homem que aderiram, é muito [risos]! (PS6)

Alguns vêm, aí, outros sempre têm aquela dificuldade do emprego, né, de sair do emprego, que isso é realmente um problema até para as mulheres [...], às vezes você tem receio de perder até o emprego, que a gente sabe que durante a gestação não pode, mas depois você pode tirar, né, passar um mês, você pode tirar. Para os homens que mantêm a casa é complicado, [...] o homem é, como eu tô lhe dizendo, ele já é mais complicado, até porque ele não tem a cultura de vir acompanhar, e ainda tem esse empecilho de emprego, que você acha... Por exemplo, uma Carajás [...] ele ser liberado pra ele ir acompanhar: "Ah, vou fazer o pré-natal do homem.", e o pessoal vai entender o que é o pré-natal do homem, né? [Risos]. Não vai entender! (G7)

[...] alguns trabalham de carteira assinada, mas não têm esse direito reconhecido como a gestante tem, ela pode uma vez por mês fazer a consulta dela e levar a declaração. Pro pai, não tem dizendo que é abonado do emprego dele pra acompanhar a sua mulher não. Então, a maioria dizem: "Olha, tenho carteira assinada, eu não posso faltar.". Então assim, a gente sente que isso prejudica, porque a lei favorece a mulher no sentido... favorece não, diz assim que ela pode faltar pro pré-natal, mas não diz que o companheiro pode faltar pra acompanhar a mulher no pré-natal, não é? Eles quem mantêm a casa. (PS12)

Evidencia-se que a presença do homem no pré-natal era incipiente. A falta de um amparo legal trabalhista para resguardá-los nos dias de pré-natal e questões culturais de gênero contribuem para o não comparecimento à UBS. Além disso, frequentemente a única renda da família advém do trabalho do homem, que acaba sendo o mantenedor e não podendo faltar ao serviço por medo de perdê-lo.

Estudos coadunam com esses resultados, onde a presença dos homens durante o pré-natal é pontual devido à incompatibilidade com o horário do trabalho e à ausência de garantia legal para comparecer ao serviço de saúde. Por isso, até mesmo antes da gravidez a condução do cuidado em saúde direcionado às questões sexuais e reprodutivas fica sob a responsabilidade da mulher, mesmo quando estas são trabalhadoras (CALDEIRA et al., 2017; FRANCISCO et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2018).

Durante a coleta de dados, foram observadas apenas três gestantes acompanhadas por seus parceiros nas UBS e dois deles não entraram na consulta de pré-natal. A presença masculina nas salas de espera para atendimentos em geral também são raras. As UBS de Campina Grande/PB não contemplam ações no cronograma de atendimento destinadas ao público masculino. Para as mulheres e crianças ocorre o contrário, frequentemente existem

horários destinados para o acompanhamento pré-natal, realização da colpocitologia oncótica, planejamento reprodutivo e puericultura. Sendo expostos em quadros de avisos na maioria das recepções dos serviços (NO20, NO24).

Os homens dificilmente procuram a APS, pois é mais comum buscarem os serviços quando apresentam quadros clínicos que requeiram emergência ou que necessitem de um atendimento especializado. As concepções de gênero contribuem para que isso ocorra, já que alimentam a figura do homem como forte e invulnerável ao adoecimento, mesmo que tenha um estilo de vida que contribua para seu adoecimento, com hábitos danosos à saúde como o uso abusivo do álcool, tabaco, estresse e sedentarismo (VIANA et al., 2015; SOLANO et al., 2017).

Apesar disso, no âmbito da saúde as questões de gênero que estão implicadas na saúde/doença do homem são pouco abordadas, o que perpetua a distância desta população com os serviços de saúde. A própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), implantada em 2009, é considerada recente, se comparada às políticas públicas que já foram direcionadas à mulher e inserem o gênero em seu debate (CARNEIRO et al., 2016; BRASIL, 2008; BRASIL, 1984; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011a).

Desse modo, estimular a presença do parceiro no pré-natal e dar visibilidade ao tema cuidado paterno parece ter sido idealizado como uma alternativa para atrair os homens aos serviços de saúde, pois, ao contrário destes, historicamente as mulheres são alvo de várias políticas públicas de saúde e sobre elas há uma construção social que baliza um *status* de cuidadoras de si e dos outros.

Durante o pré-natal os profissionais de saúde oportunizavam o contato com a mulher para mediar a comunicação com seu parceiro.

A maioria não vem, não vem pra consulta, [...] quando eu faço a consulta, eu explico à mãe: Olhe, peça pra seu companheiro fazer, porque se você tiver alguma doença e ele tiver também, eu tratar em você, você vai ficar doente de novo. (PS11)

A gente pede os documentos [do homem] pra pedir pra ele não deixar de fazer. E a gente orienta que, por exemplo, no resultado, ele venha. (PS2)

Os dois [parceiros] que eu solicitei os exames não me voltaram com o resultado, não sei se não fizeram. Esses que vieram, na verdade, vieram meio que por um acaso, vieram acompanhar a mulher gestante. Aí a gente oferece, durante a consulta, a solicitação dos exames pra ele e tudo. Então assim, eles vêm sem saber que vão ser atendidos também, né, mas, aí assim, o retorno tá muito complicado. [...] quando a gente pergunta alguma coisa [à mulher], "Não, não, fez ainda não.", "Não ainda vai receber o resultado.". Então assim, sempre tem uma desculpa que... Já cheguei a dizer: Traga o resultado você, mesmo sem ele vim, pra gente poder olhar. Mas até agora nada. (PS10)

Os profissionais reconheceram a necessidade da participação dos parceiros no pré-natal, independente de serem pais biológicos ou não, mas essa presença tem sido apenas relacionada ao cuidado do corpo biológico do homem. Ofertam testes rápidos para rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), glicemia de jejum, colesterol, triglicérides e vacinas. Também são oportunizados o atendimento odontológico prioritário para o homem, quando este frequenta o pré-natal, e o exame de rastreio do câncer de próstata, se estiver na idade de risco.

Não se pode deixar de reconhecer as vantagens para a saúde que haja ações direcionadas às especificidades masculinas, principalmente com a realidade atual, em que os homens jovens têm quase cinco vezes mais chances de morrerem do que as mulheres na mesma faixa etária. Entretanto, se faz necessário ampliar esse cuidado para além do aspecto biológico e contemplar os aspectos subjetivos do cuidado, pois a busca pelos serviços de saúde é motivada por valores e desejos (IBGE, 2019; ARRUDA; CORRÊA; MARCON, 2018).

Nesse sentido, deve-se considerar que as peculiaridades do olhar do homem sobre si são fortemente influenciadas pela sua criação, educação e pelas relações sociais estabelecidas. O autocuidado não faz parte do cotidiano da maioria dos homens. A procura por atendimento médico vai de encontro ao papel social atribuído por ele mesmo e pela sociedade em que está inserido (LEMOS et al., 2017).

As estratégias para a adesão da população masculina aos cuidados representam um grande desafio para os profissionais. Isto porque as construções sociais de gênero fazem parte não apenas da comunidade que recebe as ações de saúde, mas também são trazidas pelos trabalhadores com suas crenças e valores que norteiam seus modos de pensar e agir, que podem ir ao encontro dos comportamentos estereotipados que também se opõem às práticas de saúde (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Contudo, as iniciativas devem ser tomadas e os profissionais precisam ser capacitados para compreender a importância da presença masculina em todas as etapas reprodutivas, pois é consenso que numa interação maior com parceiro durante a fase gestacional, dispensando à mulher apoio emocional, o vínculo familiar se intensifica e aumenta a adesão ao autocuidado. A oferta de turnos alternativos de atendimento pode facilitar o comparecimento dos homens que trabalham (LEMOS et al., 2017; CALDEIRA et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2018).

Ademais, se faz necessário repensar se o caminho para os homens procurarem os serviços deve ser mediado por suas mulheres. Destarte, conforme foi evidenciado neste estudo, isso não tem logrado êxito e o papel do homem na Rede Cegonha de Campina

Grande/PB não tem contemplado na prática as necessidades das mulheres. Reverbera, de certa forma, que a proposta de integrar a Rede Cegonha e a PNAISH por meio do pré-natal do homem, mantendo a atenção principalmente no enfoque biológico, é uma estratégia que se limita à saúde ou a prevenção de doenças.

Outro aspecto que deve ser refletido é que, embora essas duas políticas falem na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, não foram encontradas iniciativas de inserir na fase reprodutiva ações direcionadas às parceiras das mulheres lésbicas. Fato este que evidencia a compreensão heteronormativa legitimada pelos profissionais de saúde e gestores da Rede Cegonha.

Reitera-se que a ausência de debate sobre gênero e diversidade encontrada no cotidiano pode contribuir para essa visão limitada, sendo essencial que ele ocorra transversalmente às ações de saúde e intersetorialmente, a fim de potencializar a participação do(a) parceiro(a) no processo reprodutivo.

5.1.4 A (in)visibilidade da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika pela Rede Cegonha

A infecção pelo o vírus Zika é relativamente recente no Brasil. Este vírus tem como vetor o mosquito *Aedes Aegypti*, que também transmite outras doenças, como febre amarela, dengue e chikungunya. No tocante ao vírus Zika, 80% dos casos da infecção cursam sem sintomatologia alguma, podendo passar facilmente despercebida pelo portador (BRASIL, 2016b; STAPLES et al., 2016).

Os primeiros casos confirmados da infecção pelo vírus Zika foram detectados em 2014 nos Estados do Rio Grande do Norte e na Bahia, sendo neste último com cocirculação de dengue e chikungunya. No ano seguinte, partiu de uma profissional de saúde do Município Campina Grande/PB as primeiras suspeitas da relação entre a infestação pelo vírus Zika na gestante e a Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika – SCZ, posteriormente confirmada em outros estados (CARDOSO et al., 2015; ZANLUCA et al., 2015; CAMPOS; BANDEIRA; SARDI, 2015; MELO et al., 2016a; CALVET et al., 2016; MELO et al., 2016 b).

A partir de então, milhares de crianças foram diagnosticadas com essa síndrome, disparando um alerta não apenas para os profissionais de saúde e gestores, como também para toda a população, por se tratar de uma doença emergente que compromete principalmente o sistema neurológico, acarretando muitos comprometimentos corporais (ZIKA, 2016).

No ano de 2015 a doença tomou proporção epidêmica em vários países americanos e o Brasil acumulou o maior número de casos do mundo. Neste período o problema teve uma visibilidade midiática dos casos, inclusive internacional. O ministro da saúde se pronunciou em rede nacional informando que, para o enfrentamento do problema, seriam destruídos os criadouros dos mosquitos, distribuição de repelentes para as gestantes e apoio às mulheres e seus filhos que fossem diagnosticados com SCZ, assegurando que não faltariam recursos para essas prioridades (WHO, 2016; NBR TV, 2016).

Os profissionais de saúde e gestores relataram como receberam essas recomendações para distribuição dos repelentes.

Primeiro é o Ministério é... ele atrasou estupidamente a entrega desse repelente. Quando a gente foi pra uma discussão, certo, eu rebati muito, eu disse: Parabéns pra vocês, por vocês estarem estarem preocupados em distribuir um repelente para as nossas mulheres, mas o mosquito não vai saber quem tem, quem é um beneficiário do Bolsa Família não, viu, colega? [...] E as outras que não têm? Que o mosquito não escolhe! (G11)

[...] não deveria limitar por questão de nível, de nada social, deveria ser pra todas as gestantes. (PS4)

Eu acho que é assim, uma discriminação, não é? Acho que todas têm direito ao uso. (PS5)

Existiu um descontentamento com a estratégia de enfrentamento proposta pelo Ministério da Saúde para prevenção da SCZ. Houve um atraso de dois anos para que fossem disponibilizados repelentes às gestantes, porém, a entrega estava condicionada às gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), permanecendo assim, até o mês de novembro de 2017 (NO9).

Essa condicionalidade causou ruídos entre os profissionais de saúde e gestores, pois o número de gestantes era superior ao número de beneficiárias, ficando muitas delas sem receber os repelentes. Ademais, o critério excludente imposto gerou preocupação e desconforto aos profissionais de saúde da APS, que conheciam de perto a realidade das mulheres.

[...] nem todas têm esse benefício [do Programa Bolsa Família], mas muitas, muitas são carentes, não têm condições e pedem [o repelente]! E essa mulher.... porque sabe lá Jesus o que ela passa! (G3)

Eu acho que existem situações que vão além do Bolsa porque, por exemplo, a gente tem famílias extremamente carentes, [...] perderam o Bolsa Família, então, se a gente vê uma gestante dessa família deixar de receber o repelente simplesmente pelo Bolsa Família, eu acho que fica bem assim... fragilizado. (PS6)

Profissionais de saúde e gestores se sensibilizaram com a ausência de condições financeiras das mulheres para comprar o repelente. Neste sentido, Diniz (2016) descreve que

as mães das crianças com sinais SCZ são em sua maioria da Paraíba, de Pernambuco, da Bahia e do Rio Grande do Norte e representam 72% do total dos casos no Brasil. O perfil dessas mulheres é muito semelhante, jovens, agricultoras rurais ou desempregadas, pouco escolarizadas, dependentes dos serviços de saúde públicos. Muitas delas são filhas e netas de mulheres que convivem com o mosquito vetor, como parte da vida cotidiana há mais de quatro décadas.

Para evitar a infecção pelo vírus Zika os profissionais de saúde faziam recomendações às usuárias.

[...] a gente orienta com a roupa, com uma calça comprida e meia. (PS7)

[...] tá sempre orientando sobre a questão do repelente, questão das roupas, do preservativo também, porque alguns estudos têm mostrado que o homem, pela relação sexual, ele transmite o vírus em até seis meses [...]. (PS13)

As que não têm condições realmente, que a gente vê que não têm condições de comprar repelente, a gente orienta assim, que usar blusa de manga, usar calça, [...] e a questão das próprias orientações, né? Da questão da água parada, aí essas orientações são as que a gente faz. (PS17)

Pelo atraso da chegada do repelente e pela condicionalidade atrelada ao PBF, muitos profissionais mantiveram as orientações acerca do uso de vestes que cobrissem todo o corpo, o uso de mosquiteiros para dormir, de preservativo durante as relações sexuais e a adoção de medidas ambientais que pudessem impedir a reprodução do *Aedes Aegypti*.

Estudos evidenciam que até o momento as formas de transmissão da infecção pelo vírus Zika comprovadas são a vertical e por via sexual. Nesta perspectiva, as orientações referidas pelos profissionais de saúde, somadas ao monitoramento do número de casos e ao acompanhamento dos casos confirmados, fazem parte das recomendações para controle da SCZ (STAPLES et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde os profissionais de saúde são fundamentais nesse processo de disseminação do conhecimento sobre a doença, suas complicações, modos de prevenção e controle ambiental. Devendo-se, desta forma, utilizar toda oportunidade de contato com os usuários para essa finalidade (BRASIL, 2016b).

Contudo, os profissionais de saúde apresentavam dificuldades em relação ao seguimento das orientações ofertadas sobre a prevenção da infecção do vírus Zika e da proliferação do mosquito vetor dessa doença.

[...] na primeira consulta a gente já faz toda a orientação, de usar roupas compridas, usar repelente e tal. Aí, quando chega nas próximas consultas, estão com *shorts* curto, camiseta... Aí, quando a gente questiona, aí: "Ah[,] nesse calor não consigo tá usando roupa comprida não." [...] outras dizem que: "Tô, tô...", mas é aquela coisa que a gente não tem como realmente confiar que está usando [...]. (PS16)

[...] eu acho que falta realmente investir, principalmente aqui, que é uma comunidade carente, um cuidado de saneamento básico. A gente tem canal a céu aberto que atravessa o bairro inteiro. Atividades educativas também para a população, porém tem que ter também... a força de chegar e fazer, que assim, tem o canal aberto, o canal, quando limpa, limpa uma vez no ano, tem muito lixo acumulado, o esgoto passando na porta das casas, terrenos cheios de lixo. Então assim, eu acho que falta a prefeitura atuar nessa parte do saneamento básico, que não adianta passar só repelente e você continuar deixando a proliferação do mosquito [...] a gente da unidade tenta sempre! Os agentes de saúde denunciam sempre a Prefeitura, a parte da... Secretaria de... não lembro agora... Meio Ambiente, pra vir fazer as limpezas, mas assim, é algo muito difícil pra poder vir uma! (PS4)

O enfrentamento do vírus Zika é complexo e envolve tanto questões sociais quanto sanitárias. No primeiro aspecto, os profissionais de saúde referiram que, mesmo orientando, nem todas as mulheres aderiam às mudanças de hábitos de vestimentas para proteção individual da picada do mosquito vetor, sob o argumento da alta temperatura climática da cidade. Com relação ao meio ambiente, o saneamento básico é precário na comunidade. Somado-se a isso, existe um acúmulo de lixo que é jogado pelos próprios moradores e a falta de coleta pela Secretaria de Meio Ambiente do Município de Campina Grande/PB, que culminam em um ambiente propício para a disseminação do *Aedes Aegypti*.

Os membros da comunidade assistida agem "a partir de sua própria lógica, de sua coerência subterrânea e não de um julgamento exterior que dita o que ela deve ser" (MAFFESOLI, 2002, p. 144), que escapa aos olhos da racionalidade, por não permitir "olhar o ser humano enquanto uma entidade biopsicosócio-cultural, percebendo sua complexidade e também a impossibilidade de sua apreensão, enquanto totalidade" (MAFFESOLI, 1991 p.13).

Sob a perspectiva de Maffesoli (2007) as palavras tornam-se fúteis quando se desvinculam da realidade vivenciada e deixam de ter energia própria. As pessoas podem não aderir devido a "um movimento de reação à imposição do dever-ser que a racionalidade canaliza para a individualidade" (MAFFESOLI, 2002, p.48).

Faz-se necessário entender que o problema é multifacetado e que as estratégias de comunicação adotadas até o momento, no formato de campanhas, não têm sido e não serão suficientes para reverter o problema. As pessoas têm uma certa apatia e blindam-se aos estímulos nesse formato comunicacional, que ressurgem nas épocas dos surtos, quando as informações são lançadas de diferentes modos à comunidade a fim de conseguir provocar supostas reações em todos os sujeitos interpelados, para que estes possam compreender e movimentar suas vidas do modo como são determinadas pelas mentes pensantes (MAFRA; ANTUNES, 2015).

Não se pode afirmar que as informações dadas pelos profissionais sejam ineficientes, mas é necessário que se amplie o olhar para a pluralidade dos sujeitos e de seus contextos, sobretudo para compreender os processos sociais e a forma como o mosquito os afeta em seus contextos de vida coletiva. Verifica-se que os sujeitos já acometidos pelas doenças acarretadas pelo *Aedes Aegypti* partilham livre e espontaneamente informações que circulam com mais clareza e impacto no meio em que estão inseridos (MAFRA; ANTUNES, 2015).

Outro aspecto relevante no enfrentamento ao *Aedes Aegypti*, não referido pelos atores sociais, é a problemática local da restrição hídrica. O Município de Campina Grande/PB, e mais 18 municípios paraibanos que são abastecidos pelo mesmo reservatório de água, enfrentaram, por mais de dois anos, um racionamento no abastecimento de água. Com isso, as pessoas a armazenavam em reservatórios de forma inadequada e, mesmo após a extinção do racionamento em agosto de 2017, a população manteve-se com o mesmo hábito e esse tem sido o principal fator de proliferação do mosquito (PORTAL G1, 2017).

A responsabilidade das esferas de governo em prover sistemas de serviços básicos, como o abastecimento de água, não pode ser excluída das ações de combate do *Aedes Aegypti*, embora seja o que tem ocorrido. Desde 2002 foi assumida a impossibilidade de erradicação desse mosquito no Brasil, passando-se a investir apenas na vigilância e controle do mosquito, desviando o foco das ações nos sistemas estruturais e ambientais de responsabilidade dos governos, que também contribuem para a proliferação. Enquanto isso, o *Aedes Aegypti* se adapta facilmente às mudanças ambientais e apresenta rápida recuperação após as intervenções de controle, tornando-se cada dia mais versátil aos novos ambientes (SEGATA, 2016; ARDUÍNO; ÁVILA, 2015).

Consequentemente, tanto em 2017 quanto em 2018 houve um aumento dos casos das infecções veiculadas pelo *Aedes Aegypti* nos períodos do ano após as chuvas. Em 2017, o índice de infestação por esse mosquito permaneceu, até no período de estiagem, acima da média satisfatória de focos do mosquito (PORTAL G1, 2017; LIRA, 2018).

Não obstante essa sazonalidade das doenças veiculadas pelo *Aedes Aegypti*, o Ministério da Saúde publicou em 2017, no ambiente virtual oficial, o fim da Emergência Nacional em Saúde Pública, considerando uma redução de 95% dos casos comparada ao ano de 2016 e por não se enquadrar mais no Regulamento Sanitário Internacional, que baseia-se em quatro aspectos: o impacto do evento sobre a saúde pública; se é incomum ou inesperado; se há risco de propagação internacional; e de restrições ao comércio ou viagens internacionais. Na ocasião, o então Ministro da Saúde frisou que o encerramento da emergência não significava o fim da vigilância ou da assistência a mães e bebês com

microcefalia e que este empenho deveria permanecer nas três esferas do governo (LIRA, 2018).

Contudo, mesmo sendo foco da Rede Cegonha ter um modelo de atenção materna e infantil pautado na integralidade do cuidado, essas mulheres e seus filhos não têm a visibilidade necessária em nenhuma esfera do governo. Dos 2.869 casos confirmados no Brasil até julho de 2017, uma parcela expressiva não recebia uma atenção especializada, refletindo a limitação do SUS em lidar com as crianças portadoras da SCZ (LEAL et al., 2018).

Em Campina Grande/PB o ambulatório municipal do Hospital Pedro I acolheu as primeiras crianças portadoras da SCZ do Estado da Paraíba. As mulheres enfrentavam deslocamentos de até dez horas diárias até chegar ao município para estimulação precoce dos seus filhos em sessões de trinta minutos e dependiam de ajuda para alimentá-los, pois muitas crianças tinham dificuldade de sucção para o aleitamento materno. O funcionamento deste serviço durou poucos meses e, posteriormente, em novembro de 2017, com apoio do governo federal, foi inaugurada a primeira unidade do Centro Dia nacional com profissionais de diversas áreas de reabilitação e assistência social (DINIZ, 2016; PARAIBA ON LINE, 2017).

Entretanto, nesse serviço as singularidades das crianças com SCZ não estão sendo atendidas e ocorrem reclamações nesse sentido. Dentre as insatisfações, as mulheres apontam fragilidades na qualidade do atendimento, atraso no recebimento de medicações pelo SUS, falta de leitos de UTI preparados para as crianças quando precisam, falta de apoio para realização das cirurgias, além de até o momento não terem recebido cadeiras adaptadas para facilitar o transporte das crianças (ANDRADE, 2018).

O principal e contínuo cuidado que essas mães e seus filhos têm recebido no Município de Campina Grande/PB é fruto do apoio do Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ). Trata-se de uma organização civil de caráter filantrópico e sem fins econômicos que atua nas áreas da criança e da mulher e que conduz os cuidados a essas mães por meio de ações desenvolvidas em vários setores, para arrecadação de verba e também por doações da comunidade, organizações não governamentais e de instituições nacionais e internacionais. Não contam com auxílio governamental (NO16).

Ressalta-se que esse local atende mulheres da Paraíba e de outros estados, mas que não tem estrutura para atender todas as mulheres que o buscam. Diniz (2016, p.3), tecendo considerações sobre a situação das mães das crianças com essa síndrome, refere que elas já tinham condições socioeconômicas desfavoráveis e, após a descoberta do diagnóstico de seus

filhos, tornaram-se "cuidadoras de crianças com necessidades não protegidas pelo Estado brasileiro".

Em um estudo realizado com as mães de crianças portadoras da SCZ do Estado do Rio de Janeiro, notou-se que as mães passaram a dedicar integralmente suas vidas aos cuidados de seus filhos devido à rotina intensa de exames e consultas. Além disso, só se sentiram acolhidas nos serviços de saúde quando houve uma repercussão midiática dos primeiros casos. Atualmente, enfrentam preconceito em relação à condição de saúde de seus filhos e vivenciam sentimentos de incerteza, medo e tristeza devido a se tratar de um agravo novo e ainda sem cura, contribuindo para as dúvidas e expectativas em relação ao futuro (FREIRE et al., 2018).

Diante das particularidades dessas mulheres e de seus filhos e considerando a falta de serviços que atendam as propostas instituídas da Rede Cegonha de acesso, acolhimento e resolutividade, com um atendimento especializado de qualidade, pode-se inferir que existe uma invisibilidade das mães e das crianças portadoras da SCZ na Rede Cegonha.

As promessas de apoio do governo federal direcionadas a esse público foram em parte engavetadas. Mais de doze meses após a epidemia, os repelentes chegaram em Campina Grande/PB e, inicialmente, limitavam-se às usuárias do PBF. Somente meses depois foram liberados para todas as gestantes. Em relação a um serviço de referência para as crianças, a situação também revela insuficiência. Tudo isso vai contra o princípio da integralidade tão acatado nas políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres e às crianças.

5.2 (Des)conexões entre os pontos de atenção da rede cegonha

Esta categoria discorre sobre a conexão entre os pontos de atenção da Rede Cegonha de Campina Grande/PB e seus entraves cotidianos.

Desde sua concepção as RAS visam superar as características históricas dos pontos de atenção que são isolados e incomunicados, passando cada serviço a ser “repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (MALTA; MERHY 2010, p. 597).

No cuidado à mulher durante a gestação de risco habitual, os serviços da APS e do sistema de apoio e logístico são os que acolhem a maior parte das demandas deste público. Contudo, elas devem ser avaliadas a cada consulta quanto à presença de fatores de risco que se associem a um pior prognóstico materno e perinatal, tornando a gestação de alto risco.

Nesses casos, as gestantes devem ser encaminhadas aos serviços de maior densidade tecnológica nos níveis secundário e terciário, porém permanecem sob a responsabilidade da APS, que manterá a gestão e coordenação do cuidado das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção de acordo com as necessidades das usuárias. Deste modo, a mulher que tiver uma gestação de alto risco deverá ter seu pré-natal compartilhado pelos profissionais que compõem esses serviços e, nos casos em que as alterações forem transitórias e elas se enquadrarem no perfil de gestantes de risco habitual, elas permanecerão sob os cuidados apenas dos profissionais da APS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016c).

Por esses motivos, é fundamental que o sistema de referência e contrarreferência da Rede Cegonha de Campina Grande/PB seja eficiente para garantir a continuidade do cuidado em todos os níveis do sistema de saúde. O Ministério da Saúde orienta que a gestante encaminhada para outro serviço deve levar consigo todas as informações e dados clínicos de interesse e trazer em seu retorno à UBS todas as informações necessárias para o seu seguimento (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde das UBS relataram como isso ocorria.

Acho que eu conto nas mãos umas três a quatro contrarreferências que eu recebi até hoje de todas as gestantes que eu já encaminhei de alto risco pra lá [M3]. [...] o tempo inteiro que eu tô aqui, eu acho que eu conto umas quatro contrarreferências. Quando eu recebo, eu fico tão... de tirar uma foto e pregar num mural [risos] (PS4).

[...] a referência sempre sai daqui nos conformes, a dificuldade maior que a gente encontra é a contrarreferência, que nunca retorna. Acho que de dois anos que tô aqui, acho que vi uma contrarreferência e não era de gestante, mas fazer o quê, né? (PS17)

Nota-se que a integração entre os serviços é frágil e a comunicação é escassa entre os profissionais de saúde da APS e dos níveis de atenção secundário e terciário. O único instrumento utilizado para esta finalidade, denominado de ficha de referência e contrarreferência, é preenchido pelos profissionais de saúde da APS, entretanto estes não obtêm devoluções.

Assim, devido ao fato de os serviços de saúde de Campina Grande/PB não terem até 2017, ano de coleta dos dados, prontuário informatizado e integrado entre os diferentes níveis de atenção, os profissionais de saúde da APS descreveram como procediam:

[...] assim contrarreferência em si, ela não vem escrita não, vem não. Eu digo que a contrarreferência é *off-line*, né, elas vêm e falam o que o médico diz [risos]. Escrito não, né, mas assim, elas vêm e relatam. Muitas vezes eles passam a receita. (PS9)

Tem que acreditar no que o paciente tá dizendo, é complicado! (PS15)

A maioria [das usuárias], graças a Deus, tem uma noção, assim, do que foi dito, mas uma grande parte daqui faz: "Sei não, disse que eu voltasse lá pra fazer um negócio lá, um exame.". E assim, quem foi que lhe atendeu? "Sei não, era um homem baixinho, era uma doutora fortinha...", um exemplo, né? Não sabe o nome do profissional que atendeu, não sabe o que foi que teve, né [...] se for o caso de ter feito uma receita, eu vou olhar o carimbo na receita, né? Aí eu vou pro prontuário e coloco a contrarreferência: usuária gestante, atendida no [M3], por doutora fulana de tal, pelo carimbo da prescrição médica, sem retorno e sem contrarreferência, sem isso e sem isso e sem isso, suponho que..., a paciente supõe que foi dito, isso, isso, isso... (PS12)

Percebe-se a insegurança dos profissionais de saúde da APS em conduzir o pré-natal das gestantes de alto risco, devido à ausência de informações sobre as condutas e orientações dos obstetras na condução dos casos. Por conseguinte, esses profissionais tentavam se resguardar registrando no prontuário que a continuidade da assistência seria dada com base em informações trazidas pela usuária.

Entretanto, conduzir a assistência supondo o que aconteceu na média complexidade, por meio da descrição da usuária, pode não ser o suficiente para dar conta da complexidade de uma gestação, principalmente se não for de risco habitual. As repercussões podem culminar em mortalidade, já que tanto a morte materna, quanto a infantil (principalmente a neonatal), ocorrem em sua maioria por causas evitáveis, e, quando ocorrem, evidenciam as fragilidades da organização do sistema de saúde para atender mulheres e crianças e relacionam-se a uma violação dos direitos humanos de reprodução (VICTORA et al., 2011; STENBERG et al., 2014; FRANÇA et al., 2017).

Os gestores municipais falam sobre a articulação entre os serviços dos três níveis de atenção.

[..] fica a desejar uma coisa, a de referência e contrarreferência, [...] porque a gente envia, a gente faz a referência, mas elas não mandam a contrarreferência [...]. Aí, é nisso aí que a gente tá preocupado. (G4)

É difícil! Essa questão de referência é um hábito do profissional, né, é um hábito também da atenção básica, eles fazem, só que não conseguem a contrarreferência. Da M3 por exemplo, é bobagem! A gente não consegue, né? (G5)

M3, né? Tem problema, tem problema. Os profissionais [das UBS] reclamam muito! [...] é uma coisa que precisa melhorar é a contrarreferência. (G7)

A articulação entre os serviços de saúde é insuficiente, difícil e problemática. Os profissionais da APS reclamavam aos gestores. Porém a atitude destes era de passividade com a situação, pois afirmavam ser bobagem esperar contrarreferência dos profissionais de saúde dos serviços da média e alta complexidade. Infere-se que os gestores não se sentiam capazes

de interferir em um problema que não estava inserido nas ações e serviços sob sua responsabilidade, por ser conjuntural da rede.

Reitera-se que a Rede Cegonha foi engendrada para superar a fragmentação das ações de saúde direcionadas à mulher e à criança e, para que isso ocorra, o cuidado em rede requer a compreensão dos profissionais de saúde de que não restrinjam-se à troca de informações clínicas por meio de uma ficha, mas que, nesse momento, sejam compartilhados saberes na perspectiva de somá-los e aplicá-los em direção a um cuidado centrado nas usuárias e em seus filhos.

Estudos evidenciam que, na perspectiva das RAS, todos os serviços se complementam e são interdependentes (OLIVEIRA, et al., 2014; ALMEIDA; SANTOS 2016; ALMEIDA et al., 2010; ALELUIA et al., 2017; NOBREGA et al., 2015; MAXIMINO et al., 2017; COSTA et al., 2015; COSTA et al., 2013; FAUSTO et al., 2014; PEREIRA; MACHADO, 2016), por isso, deve haver um diálogo entre os representantes dos serviços que compõem a Rede Cegonha, a fim de compreender os obstáculos para o que está ocorrendo e traçar estratégias que possam contribuir para minimizar este problema que repercute diretamente na integralidade do cuidado.

Os gestores e profissionais de saúde precisam compreender que, no aspecto macroestrutural para fortalecer as redes, a responsabilização na APS deve ser reconhecida por todos os níveis de atenção, pois tanto a RAS necessita de uma APS com potencialidade de coordenar o cuidado, como a APS não consegue exercer seu papel sem que a RAS esteja regionalmente estruturada, com comprometimento das três esferas do governo e envolvimento dos atores sociais (BOUSQUAT et al., 2017).

Os profissionais da APS descreveram os relatos das usuárias quando eram atendidas na referência.

Agora uns poucos [profissionais da M3] a gente têm notícia que amassa a referência, joga no lixo e diz: "Diga o que é que você quer, tal, tal...", "Doutora, mandou a senhora escrever aqui...", "Tenho tempo pra escrever não, diga! O que é que você quer?". E não escreve. (PS12)

Teve uma gestante que chegou com um pico hipertensivo, [...] então mandei pra maternidade e lá ela disse o que fizeram. Mediram a pressão, passou pelo médico e tudo mais. E eu fiz... eu faço a referência de todo mundo, eu encaminho, eu faço, tem o papelzinho que a gente faz, mas aí, eu disse: Olhe, você pode cobrar, cobre esse papel de volta. Mas ela disse que o médico disse: "Não, deixe isso pra lá!". Aí, ela quem relata. (PS15).

[...] aí ela disse que: "A doutora do posto disse que tinha que vim, cês tinham que me internar pra fazer meu parto, que eu não posso mais aguardar, é a quarta gestação e já tive três cesarianas.". Ela disse que explicou tudo do jeito como expliquei a ela, e é uma paciente altamente esclarecida, e a resposta que ela obteve da pessoa que a recebeu na triagem, [...] ela chegou

aqui chorando de volta, dizendo que: "Pois volte pro seu posto e manda sua doutora resolver, porque isso ela tá totalmente errada.". (PS16)

É possível captar que as usuárias sofrem constrangimento quando os profissionais do serviço de referência obstétrica desprezam a ficha contendo informações clínicas trazidas da UBS, ou quando solicitam a contrarreferência. Infere-se que tais situações são desrespeitosas com as usuárias e com os profissionais da APS e essas atitudes evidenciam que os profissionais do serviço de referência não assumem o seu papel na Rede Cegonha e no funcionamento do SUS.

No Brasil o ensino superior em saúde, principalmente na medicina, frequentemente tem formado profissionais que reproduzem o modelo de atenção hegemônico com pouco comprometimento com o sistema de saúde e com os aspectos da gestão do cuidado, como consequência, exercem suas atividades em desarmonia com os princípios do SUS (ALMEIDA FILHO, 2013).

Receber a referência que vem encaminhada pelos profissionais da APS por meio da usuária deveria ser uma atitude técnica a fim de absorver uma descrição mais completa do caso clínico, já que não há um prontuário eletrônico integrado no município. Maximino et al. (2017) argumentam que não aceitar um documento de um colega denota falta de confiança e discriminação, que são questões evidenciadas frequentemente por se compreender a APS como simples, de menor complexidade e, por isso, desvalorizada. Ademais, essa conduta do profissional de saúde não contribui na produção de redes, pois desqualifica a competência do outro em dar continuidade ao cuidado.

Nos casos em que a mulher tem indicação de permanecer no pré-natal especializado em gestação de alto risco, a necessidade de diálogo pode perdurar durante a gravidez, visto que idealmente a mulher deve permanecer sendo acompanhada também na APS. Os médicos obstetras falaram sobre seu posicionamento em relação à contrarreferência e ao pré-natal acompanhado conjuntamente, que em âmbito regional é denominado como pré-natal compartilhado.

Certo, que de certo modo eu vejo como algo interessante parcialmente, porquê? Porque tem atividades, principalmente atividades coletivas [educativas], que nossa unidade não é capaz de suprir e que eu acho que na unidade básica elas vão ter acesso a isso, e é muito importante, tá certo? O fato dela ter uma enfermidade que exigiu uma atenção especializada não quer dizer que ela não tenha a necessidade de ter outro aparato que faz parte da assistência pré-natal, né? Agora, acho desperdício quando ela fica fazendo consulta lá, consulta cá, [...] porque por vezes existem conflitos de informação, tá certo? [...] Uma das coisas que mais me irrita no dia a dia é essa questão da infecção urinária, por quê? Porque a informação... e o nível de é... abordagem da infecção urinária nas unidades básicas tá certo? Hoje,

talvez, até por carência de recursos laboratoriais, se limitam a fazer diagnósticos a partir de uma análise urinária simples, como um sumário de urina, e, se você pede e recorre a uma cultura de urina, que é a forma adequada e correta, e você tem, como eu recebi uma essa semana, uma cultura que dá positiva com o germe típico das infecções mais comumente encontradas, com quatrocentos e cinquenta mil colônias, e tem um sumário, que pela sua característica não demonstra aquela possibilidade de infecção, aí vem aquela informação de que: "Não, a senhora não tem nada não, não tem nenhum problema não, porque nesse exame aqui não deu.". E outras vêm o lado contrário, às vezes vem um sumário de urina limítrofe, não há queixa, você não recorre à cultura de urina e faz já um tratamento antibiótico pra aquela gestante, né? Lógico, são antibióticos que sabidamente não vão causar nenhum dano, porém, hoje o ponto nevrálgico das infecções vem, advém da resistência bacteriana aos antibióticos e, quando você usa indiscriminadamente essas coisas não dão certo, né? Então são alguns aspectos que eu entendo assim, olhe, são atividades coletivas, né? Você ter uma consulta de enfermagem, um serviço social, né? Que estejam restritas a aspectos relacionados muito a aquele nível de, de atuação, tá certo? Mas que não ultrapassem determinados limites pra não haver esse conflito por vezes assistencial quando ela tá aqui e tá lá. (PS27)

Isso [contrarreferência] é polêmico aqui. Eu agorinha tava conversando com uma colega, porque ela gosta de fazer o pré-natal que é dito compartilhado. A própria Rede Cegonha, Ministério da Saúde, dentro das orientações do cartão de gestante, diz assim, seu pré-natal deve ser compartilhado. Mas compartilhado não é repetido não. O que a gente vê muito? Médico faz a consulta, no outro dia a enfermeira faz a mesma consulta. Na realidade, pré-natal compartilhado é cada um dentro das suas competências, que algumas coisas poderiam ser feitas na unidade básica, outras no serviço de referência. Quando aqui, especificamente no pré-natal de alto risco, as ações médicas de assistência ao pré-natal de alto risco deveriam ser desenvolvidas, na minha opinião, pelo especialista, que não tem na unidade básica de saúde, que é médico generalista. A atuação da enfermeira, que é o profissional mais ligado com o pré-natal dentro da Rede Cegonha e na prática diária, deveriam ser outras ações, já que ela tá lá pertinho, já que ela tem conhecimento da vida daquela gestante, então, ações de educação em saúde, ações preventivas de vacinação, de serviço de assistência odontológica, de organização dentro de casa. Quantas e quantas vezes é a enfermeira da área do PSF [Programa Saúde da Família], da área adscrita, que ela conhece todo mundo, que poderia ir lá e saber se aquela gestante tá no ambiente insalubre ou não, isso não compete o pré-natal da... o médico da referência saber [...] minhas pacientes de pré-natal de alto risco, a responsabilidade é do especialista, é minha! Não vou compartilhar com uma pessoa que não tem competência. Competência, me entenda, entenda pra mim o que é competência, você é doutoranda, pra gente falar em competência... mas a competência ao que lhe cabe fazer, o que você foi preparado pra fazer, então a enfermeira não foi preparada pra acompanhar uma gestação de alto risco, o obstetra foi, o especialista foi, nós fazemos curso de pré-natal de alto risco [...]. (PS28)

É possível captar que o tema pré-natal compartilhado provocava ruídos entre os obstetras do ambulatório de pré-natal de alto risco. Eles se posicionavam favoráveis, desde que as ações da APS se detivessem à realização de atividades coletivas, ações preventivas de vacinação, de serviço de assistência odontológica, de organização dentro de casa, atividade

com o serviço social, consulta de enfermagem e que não ultrapassassem "determinados limites", pois acreditava-se que as consultas de pré-natal de gestantes de alto risco deveriam ser realizadas pelos obstetras, já que existiam divergências de condutas com os profissionais da APS.

Reconhece-se a importância de que os obstetras ofereçam as condutas corretas e que estes são profissionais capacitados para o cuidado às mulheres com gestação de alto risco. Porém infere-se que negar a contrarreferência com informações importantes sobre a clínica das usuárias, para assegurar que seus limites de atuação não sejam invadidos, pode comprometer a assistência. Do mesmo modo, esquadrihar o cuidado à gestante estabelecendo as ações que competem exclusivamente ao especialista contribui para a fragmentação do cuidado, fragilidade da Rede Cegonha e mina a oportunidade de ampliar possibilidades de qualificar o pré-natal.

A supervalorização dos médicos especialistas do próprio saber em detrimento ao saber dos profissionais de saúde da APS é frequentemente encontrada no SUS. Nessa cultura hierarquizante, desvelam-se as disputas de poder que estão arraigadas no cotidiano dos serviços de saúde e que cristalizam práticas profissionais incompatíveis com a produção de rede de atenção (MAXIMINO et al., 2017).

Cabe refletir se os obstetras, mesmo inseridos no SUS, foram capacitados para atuar com trabalho em rede. Os especialistas assumem sua responsabilidade no pré-natal. Não querem compartilhar o cuidado porque compreendem que os profissionais da APS não têm competência para conduzir o pré-natal de alto risco.

Contudo, até mesmo o fato de haver discordância de condutas acerca de tratamentos não deve ser obstáculo para a comunicação, porque isso só enfatiza o quanto todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde das mulheres devem dialogar para conduzirem o cuidado em sintonia com as melhores evidências científicas, aumentando a resolutividade e a qualidade da atenção.

Ademais, as condutas dos especialistas nem sempre estão de acordo com as recomendações para o cuidado às gestantes. O ambulatório de pré-natal de alto risco recebia uma grande demanda de mulheres e os obstetras tinham a agenda completa (NO35).

[...] a partir de trinta e seis semanas [...], todos os protocolos, ou assistência obstétrica, diz que a consulta [de pré-natal] tem que ser semanal, não tenho como na minha agenda encaixar! Mas, se eu conduzir até trinta e seis semanas, eu fiz, em tese, tudo o que essa mulher... ou ela está no hospital ou ela está bem. Por isso que, com trinta e seis, eu digo: Faça lá. [na UBS]. Tá entendendo? Porque eu tenho essa segurança, eu tenho uma consciência, dentro do meu protocolo, que essa paciente tá sob controle, e digo qualquer

coisa: Seu bebê já tá a termo, a senhora já pode vim interromper [a gestação]. Então, o risco das últimas semanas é muito menor, em tese, porque ela tem o suporte do hospital. Última semana, finalzinho de gravidez, muito mais importante de que o pré-natalista, pré-natal, o nome já tá dizendo, trinta e seis já é natal, já é nascimento quase (risos) [...]. Porque, se uma mulher complica com trinta e seis semanas, né, marcar mais nada não. Vai pra lá [para maternidade] pra interromper, pra salvar a vida daquela mãe e daquele bebê. Então assim, trinta e seis semanas, se tiver tudo bem, toda semana vá pro seu posto, verifica pressão, ausculta o bebê, mantém medicação, qualquer coisa que a senhora sentir, a dor de cabeça se aumentar, se a pressão voltar: hospital, que é quem deve cuidar no final da gravidez. (PS28)

Havia dificuldade dos obstetras de disporem de horários em suas agendas para atenderem as mulheres nas últimas semanas de gestação, nas quais o atendimento deve ser semanal. Em função disso, quando as gestantes chegavam na trigésima sexta semana e estavam em bom estado de saúde, recebiam alta do pré-natal de alto risco e passavam a realizá-lo apenas na APS, pois existia a compreensão de que, se ocorressem mudanças, as mulheres deveriam buscar a maternidade de referência para interrupção da gravidez.

Entretanto, a alta do pré-natal antes do parto e nas últimas semanas pode ser considerada uma negligência, já que esta é a fase de maior probabilidade de surgirem intercorrências e que nem sempre produzem sinais e sintomas que possam ser percebidos pelas mulheres e pelos profissionais generalistas da APS. Por essa razão, a vigilância durante a gravidez deve ser proporcional ao aumento da idade gestacional (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016d).

As dificuldades de obter informações sobre as gestantes quando eram encaminhadas pela via formal da referência, fazia com que os profissionais de saúde da APS criassem algumas táticas para viabilizar a continuidade do cuidado.

Eu faço o encaminhamento, procuro, coincidentemente, no dia do meu atendimento [pré-natal] e no de [médica da UBS], é o dia de uma amiga nossa que tá na M3. E assim, para não tá encaminhando besteira, né, a gente dá uma ligadinha, ela faz as orientações, ela já diz: manda, não manda, né? [...] mas que termina nos ajudando. (PS9)

[...] por conhecimento, tinha um colega que trabalha no plantão da M2, era dia de plantão dele, e aí eu fiz uma cartinha pra ele e pedi pra ela [a gestante] procurar a M2. E aí ela voltou depois de alguns dias no pós-parto e ficou agradecendo por ter encaminhado pra lá, que foi um anjo que Deus colocou, que realmente e ele disse: "A senhora já era pra tá operada, não era pra ter esperado chegar esse tempo todo não.". (PS16)

Para dar seguimento ao cuidado, os profissionais de saúde da APS oportunizavam o vínculo de amizade que tinham com obstetras plantonistas das maternidades e estabeleciam um diálogo não formal para ofertar resolutividade às demandas trazidas pelas gestantes.

Nessa perspectiva, são os conhecimentos pessoais que garantem o funcionamento da rede e a continuidade do cuidado, formando-se outras redes dentro da Rede Cegonha, que se concretizam no cotidiano dos serviços de saúde por meio da interação dos profissionais. Infere-se que são redes não institucionalizadas, mas com conectividade, que transcendem as normas e podem garantir o cuidado para algumas mulheres.

Esses afetos e vínculos entre os profissionais podem parecer banais, sem importância ou passarem despercebidos para os formuladores das políticas públicas e para pessoas que querem compreender a Rede Cegonha. Entretanto, “admite-se, cada vez mais, a relevância da atenção a esses pequenos fatos da vida cotidiana, muitas vezes, esquecidos pela investigação sociológica que, no entanto, é inerente a trama social” (MAFFESOLI, 2002, p.19).

Em um estudo realizado por Cecílio et al. (2014), constatou-se que a comunicação entre profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção que têm vínculos de amizade pode apresentar mais agilidade e resolutividade para o desfecho do caso, do que as vias instituídas de articulação entre os serviços.

Apesar disso, a integração dos serviços para a continuidade do cuidado não pode limitar-se à comunicação facilitada apenas por vínculos de amizade, já que a Rede Cegonha deve ter articulação constante para garantir o direito de uma atenção qualificada. Ademais, as (des)conexões entre os serviços podem ter uma repercussão local e regional para as usuárias vinculadas à Rede Cegonha de Campina Grande/PB, representando um obstáculo para a integralidade. Assim sendo, reitera-se a importância do diálogo entre os profissionais de saúde e um posicionamento mais ativo destes e dos gestores municipais de seus respectivos papéis na rede.

5.3 O olhar de mulheres, profissionais de saúde e gestores sobre o cuidado nas maternidades da Rede Cegonha

Esta categoria apresenta as maternidades da Rede Cegonha de Campina Grande/PB sob o olhar das mulheres, profissionais de saúde e gestores. Este município é o segundo município com maior ocorrência de partos no Estado da Paraíba. Por sua localização geográfica, também recebe parturientes de estados vizinhos, como Rio Grande do Norte e Pernambuco (NO42).

5.3.1 A superlotação nas maternidades da Rede Cegonha e suas implicações no cuidado

Os profissionais de saúde e gestores discutiram sobre a demanda de mulheres nas maternidades.

Então [Campina Grande/PB], é uma cidade que sente uma sobrecarga muito grande, por conta dessa demanda acima do que a cidade pode suportar. (G8)

Já teve finais de semana de termos sessenta e cinco partos aqui na M3, fora todos os outros atendimentos, porque, como somos alta complexidade, temos em média de cinquenta a sessenta pacientes de alto risco internados. Então, realmente um dos entraves é esse [a superlotação], muitas vezes, as outras maternidades dos outros serviços da própria Campina não recebem, infelizmente, e acaba cada vez mais a M3 com a superlotação. [...] todos os setores daqui [M3] funcionam além do que nós estamos cadastrados. (G9)

Nós já chegamos a ter pico aqui de superlotar as três maternidades. (G12)

Então, a gente trabalha com superlotação [...], inclusive, hoje nós estamos superlotados, a sala de parto [M3] tá superlotada! (PS23)

[...] às vezes, esporadicamente [tem superlotação na M2], [...] nunca existiu, assim, superlotação de ficar mãe com mãe em um leito só, não! [...] o hospital [...] impõe condições de deixar a mãe, cada uma, no seu localzinho, a gente encaminha. (PS29)

[...] não tem como você ter vaga suficiente pra toda a Paraíba, que é o que a gente recebe. (PS24)

A elevada demanda de mulheres é uma realidade frequente nas maternidades de Campina Grande/PB, principalmente na M3, pois, além de ser referência em assistência obstétrica clínica e cirúrgica para as mulheres com gestação de alto risco, também é comum receber as pacientes da M1 e M2, quando estão no limite de suas capacidades, o que agrava a superlotação.

Durante a coleta dos dados observou-se a chegada de ambulâncias de outros municípios com parturientes, que aguardavam por atendimento em pé, porque as 45 cadeiras disponíveis na recepção já estavam ocupadas (NO33, NO34, NO36).

Alguns motivos que contribuem para a superlotação nas maternidades podem ser apontados.

Houve a implantação da Rede Cegonha, em compensação, houve fechamento de maternidades. Então, como fechou [maternidades de] outras cidades, vem tudo pra cá, e se torna superlotado. (PS24)

A gente trabalha com a PPI (Programação Pactuada Integrada) de 2010 [...]. Então, sabemos que não corresponde absolutamente aos dias de hoje, ao que foi pactuado em 2010. Depois de quase oito anos, é impossível você viver em cima de uma pactuação depois de tantas reformas que aconteceram. (G9)

[...] quando foi feita essa programação pactuada integrada em 2010, não se contava que esses [municípios] não pactuados comesçassem a utilizar a rede, e hoje eles utilizam cem por cento. Além disso, um município [pactuado], por exemplo, que tem a média de quatrocentos e cinquenta partos ao ano, o

que nasce no município [de Campina Grande/PB], que tá pactuado para nascer são três, quatro partos, que já chegam em período expulsivo. Então, esse é o grande gargalo da obstetrícia de Campina Grande, por isso a superlotação dentro da M3. (G12)

Alguns municípios recebem o recurso para realizar os partos, [...] recebem e não realizam os partos, mas ficam com recurso e sobrecarrega outros municípios, porque não repassa a questão do recurso também. (G10)

A PPI tá obsoleta, [...] existem municípios que recebem pra atenderem suas gestantes nas suas maternidades e não atendem, né, mesmo tendo uma maternidade com obstetra de plantão, manda pra Campina Grande e o município continua recebendo recurso. Os municípios menores continuam recebendo recurso que deveria tá caindo dentro de Campina Grande. Porque você manter um bebê, manter uma gestante numa UTI de alto risco aqui é um, é um custo muito alto, né, e você termina que você superlota, [...] porque a UTI tá lotada e com a PPI equivocada! (G2)

De acordo com os gestores, a Programação Pactuada Integrada (PPI) encontra-se obsoleta, visto que, quando foi firmada, em 2010, a realidade locorregional e o quantitativo de mulheres dos municípios pactuados que vinham parir em Campina Grande/PB era inferior, pois alguns desses também ofertavam assistência ao parto. No decorrer dos anos, os leitos com essa finalidade foram extintos ou reduzidos e, mesmo assim, os municípios continuaram recebendo indevidamente os recursos financeiros, ocasionando uma distorção na operacionalização e financiamento da Rede Cegonha.

A PPI deve ser um instrumento formal de garantia da integralidade e da universalidade no SUS, por ser formulada de acordo com a análise da situação de saúde das necessidades locorregionais. Porém, quando está incompatível com a realidade regional da população, perpetuam-se déficits de atendimento, fragiliza-se a organização e integração dos serviços e invisibilizam-se esses princípios do SUS (MOREIRA; TAMAKI, 2017; GOYA et al., 2016).

Os gestores apontaram as medidas que estavam sendo tomadas.

É uma coisa que o grupo condutor da Rede Cegonha Estadual, ela tem discutido muito. Tanto, que a gente provocou o ano passado [2016] junto com a nossa parceira, que é a do Ministério Público, um convite, uma convocação para os secretários de saúde das cidades circunvizinhas, pra mostrar quantos nascimentos daquela cidade que Campina Grande ofertou. [...] dentro de todos os municípios é... convocados, não vieram nem cinco por cento, e isso foi uma luta nossa! (G11)

É bem complexo essa questão da relação com os gestores, inclusive já fizemos reunião, o Ministério Público já chamou, já convocou prefeitos, secretários de saúde de outros municípios pra mostrar tanto a importância da M3, como a necessidade de uma coparticipação dos municípios, deles transferirem até os recursos pra Campina Grande [...], mas os municípios não são obrigados a fazerem o que o Ministério Público orienta, pois ele não obriga, ele só orienta. (G9)

Existem vários documentos pra o Ministério da Saúde, existe denúncia feita ao Ministério Público Federal e está em andamento essa situação, porque os municípios detêm esse recurso, então, nem Campina pode investir em um outro serviço, porque nós não temos esse recurso, e todos os partos são realizado em Campina Grande. (G12)

Os gestores dos municípios vinculados à Rede Cegonha de Campina Grande/PB estão cientes da necessidade de repasse dos recursos financeiros, por não estarem em correspondência ao que foi pactuado para a assistência obstétrica. Em nível estadual a discussão sobre a problemática vem ocorrendo, mas um percentual pequeno de gestores se fez presente. Infere-se que a coresponsabilização solidária pela saúde no sentido sistêmico parece não fazer parte do cotidiano e que falta na esfera estadual uma governança regional ativa e indutora de cooperação interfederativa.

O Ministério Público tem feito o papel de intermediador do diálogo entre os municípios. Entretanto, como a intervenção deste órgão limita-se à orientação, as prefeituras dos municípios continuavam recebendo indevidamente e não repassando o recurso financeiro para Campina Grande/PB. Os gestores falaram sobre suas expectativas em resolver essa questão.

[...] essa questão de previsão, já foram várias reuniões, já saíram vários documentos, tá se encaminhando. A gente não tem hoje uma data fechada, nós não temos prazo determinado, já tiveram vários prazos, esses prazos são prorrogados, [...] e aí é que vem se tentando avançar nessas questões. (G10)
Nós lutamos com isso desde 2014, na antiga gestora, 2015 houve uma recomendação do procurador da república, dando um prazo, esse prazo foi instinto em setembro de 2015, nós estamos em setembro de 2017, mas até o momento não. (G12)

A inadequação do financiamento na Rede Cegonha de Campina Grande/PB existe desde 2014. Há uma morosidade em realizar novas pactuações com outros municípios, embora os motivos não sejam explicitados. Durante as entrevistas foi possível observar nos informantes mudanças no tom de voz e o olhar direcionado para o chão, podendo-se inferir que essas atitudes podem estar relacionadas à falta de governabilidade desses atores de intervir nos instrumentos de gestão capazes de promover mudanças em direção a melhorias da qualidade da assistência do parto e nascimento. (NO27)

Entretanto, no mês de novembro do ano de 2017, após o período de coleta dos dados, iniciou-se o remanejamento dos recursos financeiros de sete municípios paraibanos para Campina Grande/PB, mas ainda existem municípios com pendências (JOÃO PESSOA, 2017a, JOÃO PESSOA, 2017b, JOÃO PESSOA, 2017c).

Essa morosidade é uma situação comum no processo de regionalização de todo o Brasil, mas que poderia ser minimizada ou resolvida, caso as instâncias regionais de

planejamento do SUS fossem incorporadas pelos atores sociais integrantes, como espaços políticos, solidários e inovadores. Nesse sentido, o exercício do poder em âmbito da região de saúde torna-se-ia qualificado pela capacidade de expressar uma governança com objetivos comuns, a partir da identificação das necessidades, e estabelecer políticas regionais e locais, convergentes e compatíveis com as distintas realidades municipais (MELLO et al., 2017; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

No presente estudo, os dados obtidos não permitiram apreender quais aspectos relacionavam-se à ausência de uma autoridade, em nível estadual, capaz de promover a coordenação no processo regional e mudanças para um financiamento equitativo da assistência obstétrica de média e alta complexidade da Rede Cegonha de Campina Grande/PB.

Contudo, assim como vários contextos regionais no Brasil em que a esfera estadual não assume o seu necessário papel de mediador e negociador, deve haver uma reconhecida fragilidade estrutural e técnica. Concorde-se com Mello et al. (2017), quando afirmam que também existe a dificuldade de superar a cultura política municipal, permeada por interesses particulares, eleitorais, clientelistas e corporativos, desviando o foco da política de saúde.

Brandão et al. (2012) apontam que a regionalização da Paraíba apresentou falhas que ocorreram desde o processo de composição das regiões de saúde do estado. No Plano Diretor de Regionalização (PDR) construído em 2008, que é, desde então, a principal ferramenta norteadora do processo de regionalização do estado, não foram contempladas, na sua organização e elaboração, algumas recomendações do Ministério da Saúde, como a análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões, bem como de critérios de acessibilidade e capacidade técnica para a construção das regiões.

Outra lacuna encontrada nos documentos oficiais do processo de regionalização da Paraíba é em relação aos instrumentos de gestão, pois são fragilmente elaborados e não estão atualizados, não contribuindo, assim, na implementação da regionalização e efetividade das regiões de saúde (PEREIRA, 2015).

Atualmente, a normativa mais recente que norteia a regionalização no Brasil para o planejamento regional é o Decreto 7.508/11. De acordo com esse decreto, o planejamento e o orçamento devem estar associados para que ocorra o estabelecimento das responsabilidades sanitárias e financeiras de cada ente federado, havendo uma garantia jurídica para o cumprimento dos compromissos celebrados (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, infere-se que, se as normativas desse decreto tivessem sido implementadas na região de Campina Grande/PB, os entraves de funcionamento da Rede

Cegonha pactuados regionalmente poderiam ser rediscutidos interfederativamente e cumpridos, a fim de acolher melhor as necessidades das mulheres no parto e nascimento.

Os profissionais de saúde e gestores descreveram como lidavam com a demanda excessiva de parturientes nas maternidades.

[...] tem as demandas espontâneas que chegam na porta do hospital, que o hospital não tem como é... não atender! Direito à saúde é um direito universal, a gente não pode correr o risco de não atender e, a partir disso, incorrer um problema muito sério. (G8)

É melhor a gente acolher a gestante e deixar ela numa cadeira e ter uma equipe para atender a necessidade daquela gestante do que você dizer que tá superlotado. (G11)

Por sermos porta aberta, né, e realmente acolhemos todos, porque entendemos que é melhor ser atendida na maternidade [M3], mesmo sem vaga, do que ficar sem atendimento. (G9)

A gente atende referenciados para a M3 [...] a gente atende toda e qualquer pessoa que chegar aqui. [...] a gente atende qualquer município. (PS23)

As maternidades de Campina Grande/PB têm "portas abertas" para a demanda de mulheres que buscam esses serviços, independente das suas procedências. Outrossim, mesmo com a capacidade de leitos insuficientes, é preferível acolher as mulheres e tentar estabelecer uma comunicação entre as maternidades do município a fim de encaminhá-las, do que apenas informar-lhes que não têm vagas.

Cabe refletir sobre o que é "melhor ser atendida na maternidade (M3) mesmo sem vaga, do que ficar sem atendimento", pois em ambas as situações a garantia do direito constitucional de saúde pode ficar comprometida, já que a universalidade como direito pressupõe o direito à saúde, sem distinções, restrições e a qualquer custo (VIEGAS; PENNA, 2013).

O internamento em serviços sem vagas pode resultar nas cenas observadas na M3 de mulheres em trabalho de parto em cadeiras de plástico por falta de leitos e ausência de um ambiente tranquilo e com privacidade. Infere-se que a entrada das mulheres nas maternidades não lhes assegura uma assistência digna, de qualidade, em tempo oportuno e com desfecho seguro, conforme é preconizado pela Rede Cegonha (NO39, NO40).

Os profissionais de saúde que trabalhavam nas maternidades referiram como ocorria a comunicação entre as maternidades.

Regulação de leitos, não há, né, em Campina Grande. Não há, não há, infelizmente não há! [o contato é feito] Por telefone, mas que deixa muito a desejar, porque vai muito pelo humor dos plantonistas, da equipe plantonista, e não tem uma coisa normatizada como deve ser, fechada como deve ser,

fechada, viu. [...] é uma questão muito pessoal, não tem uma regra, não tem uma diretriz própria do serviço de saúde. (PS31)

[...] nós temos um contato, temos um intercâmbio entre a M3 e a M2, certo, é... inclusive o pessoal da Rede Cegonha [...], sempre elas entram em contato conosco pedindo ajuda. Porque: "Olha, [...] aqui na M3 tá super cheio, a demanda tá grande, nos forneça... Vocês tem vaga?". Aí, prontamente entro em contato: "Doutor, tá precisando, tá pedindo socorro!". –"Manda, manda!". (PS28)

Não existe regulação formal na Rede Cegonha de Campina Grande/PB, o que contribui para que a gerência dos leitos obstétricos não seja norteada apenas pelas necessidades das mulheres, pois é influenciada pelo humor e perfil dos plantonistas que decidem se aceitam ou não a parturiente. A comunicação entre obstetras plantonistas das maternidades é feita por telefonema. Nas ocasiões em que há superlotação, os gestores também participam "pedindo ajuda" e "pedindo socorro", entrando na dinâmica da gerência de leitos para tentar otimizar a comunicação, mesmo sem ter formação obstétrica.

Infere-se que a sequência de lacunas iniciadas desde a elaboração da PPI e do planejamento regional culmina na carência de leitos no momento em que a mulher necessita de cuidado. Reconhece-se, assim, que existe tanto uma precarização da assistência, como uma discrepância em relação à oferta e à demanda por leitos obstétricos em Campina Grande/PB, faltando também uma compreensão por parte desses plantonistas acerca dos princípios e diretrizes da Rede Cegonha, pois frequentemente, em seus discursos, afirmam que são as mulheres de outros municípios que superlotam, não compreendendo que elas fazem parte da rede.

A normativa da Rede Cegonha prevê a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que ocorrerá o parto, por meio da elaboração e implantação do modelo "Vaga Sempre", no qual deve-se garantir o acesso à assistência ao parto e o transporte seguro da gestante de alto risco e a gestante deve conhecer a maternidade em que irá parir, antes do parto. Em todo Brasil a vinculação das gestantes a uma maternidade é assegurada por lei desde 2005, mas ainda existem falhas no seu cumprimento, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, e para as mulheres adolescentes e de menor escolaridade (BRASIL, 2011a; LEAL et al., 2018).

Em Campina Grande/PB existe um mapa de vinculação no qual cada distrito sanitário possui uma maternidade de referência, conforme pode ser observado no Quadro 5.

Quadro 5 - Vinculação das gestantes as maternidade conforme o distrito sanitário de origem

MATERNIDADE	DISTRITO SANITÁRIO
M1	1,4,8
M2	2,3
M3	5,6,7

Fonte: Nota de observação da pesquisadora (2017).

Os profissionais de saúde referiram como ocorria a vinculação das gestantes às maternidades.

A gente algumas vezes programou a questão da visita. A visita prévia pra elas conhecerem, pra elas já ter aquela humanização, né, já previamente, pela questão do parto... mas a gente... Pra lhe ser sincera, a gente tem um trabalho com a Rede Cegonha, mas ultimamente a gente não tem colocado em prática, porque no começo a gente pensava que ia garantir a vaga, mas não foi o que aconteceu [...]. [as gestantes] Não têm muito interesse, [...] a Secretaria de Saúde é quem disponibiliza o transporte, mas ainda assim a gente ainda encontra resistência, por parte delas, por ser distante, a maioria tem outros filhos, não tem tempo, às vezes filhos pequenos ainda, né? (PS1)

Não, não se sentem muito motivadas não, mas a gente explica que a gente até dá o carro, a gente até manda uma pessoa com elas. Marca o dia pra ir já todas as gestantes, pra... a gente manda até a assistente social e outro profissional, tá entendendo? Pra elas conhecerem o local onde elas vão ter. Mas elas não têm motivação pra isso não, né? [...] Porque elas não querem. (PS5)

[o parto foi] na M1. Passei pela M3, aí não tinha vaga, aí fui pra M1. (U13)

Mandaram eu ir pra M3, mas tive na M1, porque não tinha mais vaga lá [na M3]. (U8)

A visita prévia à maternidade propõe a humanização, acolhimento e segurança às gestantes desde o pré-natal, visando assegurar um vínculo com o serviço. Para a logística do deslocamento das mulheres até as maternidades, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza o carro, porém as usuárias não se sentem interessadas a realizar essas visitas por motivos relacionados ao tempo e demandas com outros filhos.

Os profissionais de saúde da APS afirmaram que as visitas de vinculação ocorreram mais no início da implantação da Rede Cegonha no município, pois pensavam que seriam garantidas as vagas das gestantes nas maternidades, mas que isso não ocorreu. Infere-se que, mesmo para as mulheres residentes em Campina Grande/PB, onde existe um mapa de vinculação para o parto, não há uma garantia de que serão atendidas no serviço de escolha quando houver superlotação presente.

Em relação à oferta de cuidado às mulheres:

Os entraves que a gente encontra aqui na M3 são a superlotação, a dificuldade de você muitas vezes querer o parecer de um especialista e demorar pra ter esse parecer [...] a morosidade do laboratório, do centro cirúrgico, [...] fica difícil de você trabalhar! Outra coisa que a gente tem aqui de dificuldade é a UTI neonatal, que são poucos leitos, [...] pra muitas pacientes, por exemplo, nós temos trinta leitos [na enfermaria de gestação de alto risco] pra gestantes, enquanto que temos só dez leitos de UTI neonatal. Agora mesmo eu tô precisando interromper uma gestação, um bebê de um quilo e trezentos, e eu não tenho vaga na UTI neonatal! (PS24)

Existiam entraves para uma assistência obstétrica adequada na enfermaria de gestantes de alto risco. Havia morosidade em conseguir o parecer dos especialistas, exames laboratoriais, vagas no centro cirúrgico e na UTI neonatal. Durante o relato observou-se que o informante direcionava o olhar para o chão ao descrever essas dificuldades (NO45).

Pode-se inferir que há a responsabilização pelo cuidado seguro às gestantes em um contexto que é adverso à qualidade. O dilema exposto entre a necessidade de interromper uma gestação com feto prematuro e de baixo peso e não ter leito de UTI disponível relaciona-se ao fato de que esses fatores contribuem, consideravelmente, para complicações ou óbitos dos neonatos, que em grande parte podem ser evitáveis (LANSKY et al., 2014; LAWN et al., 2014; CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

No Brasil houve expressivo declínio da mortalidade infantil de 2000 até 2014, seguido por um aumento nos anos de 2015 e 2016. Porém, ao longo desses 16 anos, os óbitos neonatais persistem elevados, ocorrendo pelo menos quatro a cinco vezes mais óbitos do que nos países desenvolvidos. Os indicadores apontam que 52% ocorrem na primeira semana de vida e, destes, 50% ocorrem nas primeiras 24 horas após o nascimento, ou seja, em torno do parto. Por isso, uma assistência adequada na gestação, parto e nascimento, na qual sejam asseguradas intervenções quando necessárias, com o aparato tecnológico e em tempo oportuno, contribuem substancialmente na prevenção de óbitos neonatais (OPAS, 2018; CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; TEIXEIRA et al., 2016; SBP, 2018).

Os profissionais de saúde que atuavam no setor de assistência ao parto também descreveram como ocorria a assistência quando o serviço estava superlotado.

[...] a gente sente essa falta de atuar como enfermeiro obstetra mesmo, porque aqui tem dia que eu não tenho tempo de fazer auscultas. A sorte que a gente tem sempre estagiários e eles ficam responsáveis e a gente fica mais tranquila. Mas, quando não tem, a gente fica sufocada, porque não consegue fazer ausculta, às vezes passa despercebido uma coisa, passa despercebido outra, porque é tão tumultuado, que acho que isso daí deixa a gente é... como é que se diz? Frustrada! [...] dificilmente a gente tem como pegar o cartão [da gestante] [...] porque não dá tempo. [...] quando tá nascendo e alguém chama, a gente exerce a parte de enfermeira obstétrica. (PS20)

Pré-parto, que fica com puérpera quando não tem vaga lá em cima [no alojamento conjunto], com recém-nascido. Então, hoje tô com mais de vinte pacientes sozinha, entendeu? Aí é... não tem um... digamos, uma quantidade fixa. Eu só tenho dezessete leitos, mas tem mulher em pé, mulher na maca, mulher em cadeira, e a gente tem que prestar assistência a todas! [...] tem dia que chega [a ter mais que 20 pacientes na sala de parto]. Mas assim, quando tá assim, aí a gente fica atendendo só as urgências, aí não dá pra prestar uma assistência mesmo como é que tem que ser feita, como pede o figurino. [...] nossa maior dificuldade é essa falta de RH [recursos humanos], [...] deveria ter um enfermeiro diarista, pra resolver as questões mais burocráticas, [...] pra poder o enfermeiro obstetra conseguir trabalhar como enfermeira obstetra, porque a gente não trabalha, a gente é generalista. A diferença da gente pra o generalista é que a gente presta assistência ao parto e faz rafia, se precisar, e preenche prontuário [...], a gente fica muito frustrada, todos os enfermeiros obstetras. A nossa queixa é a mesma, né, porque a gente entrou pro serviço pra realizar um tipo de serviço e aqui a gente é sobrecarregado, a gente não consegue fazer como deve ser feito, a gente não consegue acompanhar o parto. Primeiro, deve ser acompanhada e a gente pega a mulher parindo, entra e presta assistência, meio que na urgência, a gente não faz aquele acompanhamento como tem que ser feito, com partograma, com ausculta intermitente com todo... seguindo bem direitinho como tem que ser. (PS22)

As enfermeiras obstétricas sentiam-se sobrecarregadas. Fatores como a superlotação e a demanda burocrática do serviço interferem na sua atuação, pois a demanda excessiva contribui para a ausência de um dimensionamento do número de parturientes por profissional. Assim, ficam sob a responsabilidade destas profissionais e dos médicos obstetras as mulheres internadas que ocupam, além dos leitos, as macas e as cadeiras de plástico.

Essa realidade pôde ser observada no período de coleta dos dados na M3, com parturientes em cadeiras, puérperas em macas por falta de leitos no alojamento conjunto, além de estudantes que realizavam ali seus estágios. O cenário de parto neste contexto torna-se tumultuado (NO49).

As enfermeiras reclamavam: "a gente fica sufocada", revelando a angústia e a pressão sentida por não conseguirem realizar as atividades necessárias, como analisar o cartão da gestante a fim de conhecer a história de saúde da mulher, realizar ausculta dos batimentos cardíacos com periodicidade adequada e preenchimento do partograma.

Essas adversidades comprometem a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Nesta perspectiva, o auxílio dos estagiários torna-se uma importante contribuição para o cuidado. Sabe-se, no entanto, que, por estarem atuando como estagiários no serviço, ainda estão em fase de formação e aprendizado, sendo fundamental a supervisão de um preceptor, que nos relatos não ficou claro se ocorria e quem a realizava.

Ao afirmarem "deve ser acompanhada e a gente pega a mulher parindo, entra e presta assistência, meio que na urgência", "quando tá nascendo e alguém chama, a gente exerce a

parte de enfermeira obstétrica", evidenciam uma falha do cuidado, já que o ato de partear fica comprometido por só conseguirem aproximar-se das parturientes no momento do parto. Assim, ao utilizarem a analogia "não dá pra prestar uma assistência mesmo como é que tem que ser feita, como pede o figurino", revelam a frustração com o distanciamento entre sua função na assistência e o modo real que acontece no cotidiano.

Quando isso ocorre, desperdiça-se mão de obra qualificada para assistência ao parto, pois falta apoio institucional para que a enfermeira obstétrica realize o cuidado à parturiente, ao mesmo tempo em que exige-se que ela deva conciliar atividades assistenciais e administrativas (OLIVEIRA; PENNA, 2017a).

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, recomenda-se que os gestores de saúde viabilizem condições necessárias para a atuação da enfermeira obstétrica e obstetrix na assistência ao parto de risco habitual, já que as evidências científicas apontam que esses profissionais atuam respeitando a fisiologia do parto, melhorando os desfechos maternos e neonatais (BRASIL, 2016b).

A atuação das enfermeiras obstétricas representa uma estratégia para qualificação da assistência ao parto, pois inerente à sua própria formação está o cuidado menos intervencionista e que respeita o protagonismo da mulher no processo de parturição. Ademais, essas profissionais têm se destacado na assistência ao parto pela humanização, pela capacidade de ouvir, de apoiar e de confortar, que são aspectos valorizados pelas usuárias (REIS et al., 2015; OLIVEIRA; PENNA, 2017a).

As usuárias também relataram sobre o atendimento na maternidade no contexto de superlotação.

Aí a doutora fez o toque e deixou eu internada, porque, como a pressão tava alterada, né [...] eu cheguei lá era umas nove horas, fiquei esperando [na triagem], aí, quando deu 1:40, aí eu subi pro alto risco, só que eu não fui pro alto risco, colocaram eu na sala de parto, sem eu sentir nada [...]. Aí eu fiquei, fiquei, fiquei, quando deu 2:30, aí chegou um enfermeiro e disse assim: “[nome da usuária], lhe colocaram na sala errada, você vai pra o alto risco.” [...] quando eu cheguei lá, fiquei até 7 horas da noite, numa cadeira, esperando uma vaga pra poder ir pra uma cama. Aí tinha uma maca, aí ela [técnica de enfermagem] queria porque queria que eu fosse pra essa maca. Só que eu, pesada desse jeito, fiquei com medo, né, da maca não aguentar. [...] eu já tava com a vista ficando turva, sem comer. [...] já era mais de cinco e meia [17:30] sem comer, aí deu a janta, [...] aí a enfermeira me chamou e perguntou: “Como tá sua pressão?”. Aí eu disse: Eu vou saber como, se nem verificaram?. Aí ela chamou as meninas que tavam: “Por que você não verificou nem a pressão?” [...] aí disse: “Porque a gente não viu ela.”. Só que elas passando direto por a gente! Aí elas foram, verificaram e já tava quinze por dez, aí ela foi e me deu metildopa, aí eu fiquei lá esperando essa vaga e nada! Aí eu disse: Moça, por que lá [no pré-parto] a enfermeira tinha falado que eu ia fazer uma ultrassom pra saber se realmente eu ia ficar internada ou

não, porque eu já tava com um dedo de dilatação, aí eu disse: Moça, eu vou mesmo ficar internada? Aí ela disse: “É claro! Se você já subiu pra cá, é porque você vai ficar internada.” [...] quando deu oito e pouco eu perguntei: Moça, eu vou ficar mesmo internada? Ela disse: “Sei não, por que você quer ir simhora?”. Aí eu disse: Quero. Se eu não tava sentindo nada, né. Pensei até que eu ia assinar algum termo de responsabilidade por sair do hospital, mas não, ela só fez entregar meu cartão e eu vim embora. Meus papéis [do prontuário] não tava nem com elas, tava lá na sala de parto, aí eu peguei e vim embora. (U1)

Evidencia-se a falta de acolhimento dos profissionais de saúde nas maternidades no contexto de superlotação. A espera por leitos e a desarticulação interna dentro da maternidade demonstram que o internamento da usuária não garantiu o recebimento do cuidado. Desde a admissão houve uma série de erros. No princípio, foi encaminhada equivocadamente ao pré-parto, enquanto deveria ter ido para a enfermaria de alto risco e, mesmo após sua ida ao setor correto, permaneceu durante todo o dia sem alimentar-se e praticamente sem assistência, sendo medicada após aproximadamente oito horas de seu internamento. Por conseguinte, sentiu-se insatisfeita com o atendimento recebido e, ao tentar esclarecer suas dúvidas, a usuária foi tratada com rispidez, motivando-se a sair da maternidade sem a alta hospitalar.

A busca pelo cuidado continuou somente uma semana após o referido episódio, quando percebeu-se a piora dos sintomas. No dia da entrevista a informante encontrava-se com 38 semanas de gestação e estava retornando por conta própria à UBS a fim de realizar consulta com o médico, pois havia percebido que o edema no corpo tinha aumentado, deambulava com dificuldade e que a pressão permanecia elevada (NO12).

As doenças hipertensivas na gestação representam no Brasil a primeira causa de óbitos maternos, mas que são em sua maioria óbitos evitáveis se houverem intervenções oportunas no pré-natal e uma atenção adequada ao parto. As dificuldades no tratamento e hospitalização que resultem em atraso nos cuidados obstétricos contribui significativamente em tornar a mulher vulnerável ao óbito materno. Esses atrasos podem ser reconhecidas em três momentos. O primeiro depende da percepção da mulher do problema de saúde, que é mais precoce quanto mais informada ela estiver. O segundo momento relaciona-se ao percurso da mulher até o serviço de saúde e, por fim, o terceiro momento depende de ela ser atendida adequadamente na instituição de referência, e a maioria dos óbitos que ocorrem no Brasil são devido ao atraso nos dois últimos momentos (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; MONTE et al., 2018; SILVA, SILVEIRA, GOMES-SPONHOLZ, 2016; PACAGNELLA et al., 2018).

O acesso aos cuidados especializados em uma instituição de saúde adequada é essencial quando surgem complicações para manejo correto das morbidades gestacionais e evitar o óbito materno. Entretanto, é comum observar a jornada das mulheres devido à

carência de leitos obstétricos nas unidades hospitalares, constituindo-se um problema de saúde pública da rede de atenção materna e infantil, podendo ser considerado por alguns autores como uma violência no campo do cuidado à mulher, por violar o direito reprodutivo de vivenciar uma maternidade segura (PACAGNELLA et al., 2018; DOMINGUES et al., 2016; RODRIGUES et al., 2015).

Reitera-se que a superlotação é um dos reflexos de falhas no processo de regionalização, que reverbera na sobrecarga dos profissionais e em uma atenção ao parto que expõem as mulheres à violência. Nesta compreensão, faz-se necessário repensar as pactuações que fomentam a organização da rede e que têm contribuído para perpetuar a demanda excessiva nas maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Campina Grande/PB.

5.3.2 Violência obstétrica no cotidiano das maternidades

Dentre as diretrizes da Rede Cegonha, encontra-se a garantia das boas práticas e da segurança na atenção ao parto e nascimento. Por isso, a violência obstétrica tem sido amplamente discutida nos serviços a ela vinculados, a fim de que seja combatida (BRASIL, 2011a; RODRIGUES et al., 2017).

O tema “violência obstétrica” no Brasil não é recente, já esteve em pauta nas discussões feministas desde a década de 80. Até mesmo o PAISM já reconhecia que existia um tratamento profissional impessoal e muitas vezes agressivo às mulheres. Entretanto, observa-se que ganhou mais visibilidade social, acadêmica e jurídica a partir do ano 2000 (DINIZ et al., 2015).

Em 2010, uma pesquisa nacional que utilizou dados de base populacional despertou interesse na mídia por ter evidenciado que 25% das mulheres que haviam parido por via vaginal tinham sofrido violência durante o parto e o puerpério imediato. De acordo com Sena e Tesser (2017), houve nesse período uma sensibilização maior da opinião pública sobre a violência obstétrica, mobilizando o ciberativismo para o parto vaginal com manifestações e ações coletivas mediadas pela Internet, inserindo o tema na agenda nacional de saúde.

Para isso, foi fundamental tirar da invisibilidade o conceito de violência obstétrica, visto que as mulheres, mesmo sendo vítimas, não reconheciam como violência, pois, com a naturalização desses eventos pela sociedade e a legitimação do saber médico hegemônico, perpetuavam-se suas práticas sem questionamentos e punição. Ressalta-se que a prática da violência obstétrica não se limita apenas aos médicos obstetras. Estende-se a todos os

profissionais que assistem as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (SENA; TESSER, 2017; TESSER et al., 2015; OLIVEIRA; PENNA, 2018).

A OMS (2014) esclarece que não há consenso internacional sobre como a violência obstétrica pode ser cientificamente definida e mensurada. No presente estudo, para apresentação desta subcategoria serão consideradas as várias formas de violência ou danos à mulher durante o cuidado obstétrico. Portanto, incluem-se negligência, omissão, maus-tratos físicos, psicológicos e verbais direcionados pelos profissionais de saúde às mulheres, processos que resultem em perda da autonomia, da capacidade de decisão livre sobre seus corpos e sexualidade e procedimentos desnecessários e danosos, como o exemplo da cesariana sem indicação clínica, sem solicitação materna e apenas por motivos inerentes à prática médica (TESSER et al., 2015; VENTURI; GODINHO, 2013).

As usuárias falaram sobre as práticas dos profissionais de saúde nas maternidades.

Ele [o médico] disse, assim que eu entrei: “Seu bebê foi normal ou cesário?”. Aí eu disse: Cesário. Aí ele disse: “Ah, pois o segundo vai ser cesário também.”. Por causa da pressão e também porque eu não tinha passagem. Aí, também, eu só levei um toque na hora de chegar, pra ele saber como é que tá. Só foi um mermo. Não mexerem em mim mais não. Aí eu fui, passei a noite, e no outro dia de tarde ele fez o cesário. Eu cheguei lá era 8 hora da noite. Passei a noite, a manhã e à tarde ele fez o cesário. Ele [o filho] nasceu de 4 hora da tarde. [...] eu fui atendida bem, não sofri não. (U6)

Tava marcada a cesárea [...] a gente estava esperando o horário dele [o médico] chegar [...], na verdade, o médico que ia fazer minha cesárea, ele falou que eu não tinha condição de ter o menino normal por causa do tamanho grande. Aí ele mandou eu voltar no outro dia, porque no dia anterior ele já estava com bastante cesárea pra fazer e não ia dá tempo fazer o meu. Aí eu fui no outro dia de manhã, mas não deu tempo, foi tudo normal mermo (risos). [...] não demorou muito não. (U5)

Existem indicações desnecessárias ou equivocadas de cesáreas nas maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Campina Grande/PB. Os motivos dados pelos médicos e não questionados pelas usuárias foram o aumento da pressão arterial, desproporção entre tamanho fetal e a pelve da mulher e histórico obstétrico de cesariana anterior.

Corroboram com esses achados Domingues et al. (2014, p.113), que evidenciaram que são dadas várias indicações às mulheres para cesárea que levam à compreensão da inviabilidade do parto normal. Dentre elas existe um preceito equivocado no Brasil "uma vez cesárea, sempre cesárea", que reforça que o destino obstétrico para quem já pariu por via abdominal será sempre esse. Contudo, independente das indicações de cesarianas, as mulheres frequentemente são passivas à escolha dos profissionais da via de parto, já que almejam apenas um parto tranquilo, rápido e sem dor (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

As usuárias sentem-se menos manipuladas na cesárea do que nos toques vaginais durante o trabalho de parto e relacionam essa via de nascimento a um bom atendimento. Logo, mesmo nos casos em que é dada a indicação de cesárea devido ao tamanho fetal e o parto ocorre espontaneamente por via vaginal, as mulheres não demonstram descontentamento com o equívoco.

Algumas enfermeiras obstétricas reconheceram que:

[...] de noite é difícil você vê uma mulher parir na vertical, até a quantidade de indicação de cesarianas, [no dia X] foram oito cesarianas indicadas, de sete a nove e meia da noite, é muito, é muito mesmo! À noite eu sinto mais dificuldade, de manhã a gente [enfermeira obstétrica] trabalha mais [na assistência ao parto] [...]. (PS 23)

Nota-se que nos plantões noturnos o número de indicações de cesarianas é elevado e as enfermeiras obstétricas sentem dificuldades de atuar, reconhecendo que até os partos vaginais, quando ocorrem, são realizados com as parturientes em posição supina. Esses achados permitem inferir que a centralidade da assistência é no profissional médico, em suas escolhas, e que há uma compreensão frágil destes profissionais das vantagens do parto vaginal e da liberdade de escolha para as posições de parir.

As mulheres pariram em posição verticalizada até a institucionalização hospitalar do parto, quando passou-se a manter a mulher em posição supina. Essa mudança ocorreu para facilitar a visualização do profissional do canal vaginal e sua manipulação. Há evidências de que nesta posição a mulher fica mais susceptível a outras intervenções e tem um trabalho de parto mais lento, porque não se ampliam os diâmetros da pelve materna e aumentam as chances de trauma perineal. Para o feto a posição horizontalizada da mãe reduz a quantidade de oxigênio devido à compressão aortocava, aumentando o risco de hipóxia (ROY; MORENO; JIMENO, 2014; LAWRENCE et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2018; PONTES et al., 2014).

A referida dificuldade de atuação da enfermeira obstétrica pode relacionar-se ao fato de que alguns médicos ignoram o trabalho das enfermeiras obstétricas na condução do parto de risco habitual em detrimento de sua autonomia, demonstrando que refutam as tentativas de interferência de suas práticas. É comum dentro das maternidades existir uma hierarquia entre médico e enfermeiro, onde o primeiro delimita, restringe e controla o espaço de atuação na assistência ao parto. A cesariana sem motivos clínicos se insere neste contexto e tem contribuído para os elevados indicadores dessa cirurgia (OLIVEIRA; PENNA, 2017b; CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

No Brasil, 55,6% dos nascimentos são por cesarianas, que juntamente com a República Dominicana, com 56,4%, ocupam as estatísticas de cesarianas mais elevadas do mundo. Porém, o aumento desses procedimentos também se estende a outros países. Na África destaca-se o Egito com 51,8%, na Ásia os valores bem próximos do Irã e da Turquia com 47,9% e 47,5 % respectivamente, na Europa a Itália tem 38,1% dos partos cesarianos, na América do Norte os Estados Unidos ocupam a primeira posição com 32,8% e, por fim, na Oceania a Nova Zelândia ocupa o primeiro lugar, com 33,4% (BETRÁN et al., 2016a).

A taxa máxima de cesarianas em cada país não deve ultrapassar 10% de todos os partos, já que, após esse percentual, a OMS não reconhece benefícios para a mãe e filho. Nesta perspectiva, essas cirurgias somente devem ser introduzidas no cuidado obstétrico quando houver complicações no pré-natal ou no parto, que possam colocar em risco a vida da mãe ou do bebê (GUIMARÃES et al., 2017; BETRÁN et al., 2016b).

No Município de Campina Grande/PB a taxa de cesariana tem permanecido elevada, mesmo após a implantação da Rede Cegonha no ano de 2012, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 - Ocorrência de partos vaginais e cirurgias cesarianas desde a implantação da Rede Cegonha em Campina Grande/PB

VIA DE NASCIMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Parto Vaginal	6.521	6.468	6.205	6.266	5.711	5.748
Cirurgia Cesariana	3.300	3.856	3.869	4.319	4009	4.125

Fonte: Consolidado de procedimentos obstétricos em AIH – 2017.

O número de cesarianas em Campina Grande/PB está acima do limite tolerável pela OMS, chegando a 71% do total de partos ocorridos no ano de 2017. Esse excesso de cesarianas ocorre em todo o país e têm gerado um alerta para a área da saúde, pois esta intervenção, em princípio concebida e aplicada como um instrumento de proteção, exercendo e ainda cumprindo esse papel relevante, passou a ser um fator de risco para uma epidemia iatrogênica (BATISTA FILHO; RISSIN, 2018).

Salienta-se que a cultura cesarista, quando é alimentada pelos médicos, as justificativas pessoais não são expostas e vão desde aos riscos para deslocamentos noturnos dos médicos nas cidades grandes, até o baixo valor pago pelos planos de saúde pela assistência ao parto. Nesta perspectiva, a cesárea é indicada para favorecer ao médico em termos de comodidade e de tempo, já que pode ser agendada e realizada em maior quantidade do que o acompanhamento a um trabalho de parto, que chega a durar várias horas. Isso contribuiu para a criação de uma nova estética da forma de parir, com uma inversão de

valores sociais e culturais em relação à via de parto (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Ressalta-se que são as indicações clínicas equivocadas para as cesáreas que são amplamente utilizadas pelos obstetras a fim de desencorajarem as mulheres a terem seus partos por via vaginal. Dentre elas, destacam-se como motivos para adesão à cesariana: a adolescência ou idade materna avançada, bacia materna estreita, mãe com baixo peso, cesárea anterior, bebê que não encaixa antes do parto, cordão umbilical curto e outras (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; AMORIM; DUARTE, 2018).

Desse modo, a cesariana é apresentada à população em geral como um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, figurando como um evento de continuidade do pré-natal e não de exceção. Por outro lado, é propagado que o parto por via vaginal é associado aos imprevistos e permeado pelo caos dos gritos, descontroles, sangue e secreções, enquanto que a cesárea é a proposta dada para retirar essa cena e introduzir uma assistência mais humana, socializável, com o nascimento limpo, organizado e roteirizado (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017).

Entretanto, os profissionais de saúde que eram conscientes das vantagens do parto vaginal e adeptos do acompanhamento durante a parturição afirmaram que:

Hoje parece que o normal é uma cesárea. [...] infelizmente, quando uma paciente tem problema por conta de uma cesárea, não é divulgado, porque essa paciente teve uma complicação, a paciente morreu em decorrência de um problema da cirurgia. Agora, se paciente tem um parto normal e acontece uma complicação, o mundo cai em cima, como se o errado fosse parir. [...] os meios de comunicação ajudam muito a divulgar de forma errada [...], aí você desconstruir isso é muito complicado [...] muitas chegam aqui com dilatação assim avançada e elas completamente descompensadas, porque de outra vez elas tiveram uma cesárea. [...] porque hoje, infelizmente, o que se propaga é que é muito melhor fazer uma cesárea pra você não ter dor, como se cesárea não fosse uma cirurgia de grande porte, como se uma cesárea não tivesse riscos pra essa mulher, tanto de anestesia, risco de infecção, risco de complicação pra essa mulher, risco de morte até quatro vezes mais, risco de morte pra essa mulher e de complicação futura (PS25).

A maioria é bem fraca ainda, as mulheres não vêm preparadas pro parto normal, muitas vezes no próprio pré-natal alguém diz que vai ter uma cesárea por motivos X ou Y e, quando elas chegam aqui, é quebrado, né, todo esse paradigma, e aí elas se frustram, né. Muitas vezes faço um trabalho de parto mais laborioso porque elas não aceitam, não querem parir normal, e, até a gente conseguir conquistar e convencer, demora bastante, leva mais tempo e o sofrimento é maior também. Então eu acho que a atenção básica ainda deixa muito a desejar, [...] de preparo da mulher pro parto e tudo, como na questão tanto dela tá preparada fisicamente, como emocionalmente também, elas chegam muito ainda perdidas. (PS22)

Os profissionais reconheceram que existe uma normalização da cesárea construída ao longo dos anos pela própria sociedade, por outros profissionais e até pela mídia. Deste modo, qualquer complicação de uma paciente que tenha optado pelo parto por via vaginal, os veículos de comunicação exploram e divulgam, só que fazem uma associação equivocada, como se parir por via vaginal tivesse mais riscos à mulher e a seu filho e, portanto, as complicações seriam em decorrência desse tipo de parto.

Por isso as parturientes frequentemente chegam à maternidade desejando uma cesárea baseando-se nesse conhecimento construído de que esse procedimento é a melhor ou a única alternativa de via de nascimento. Isso dificulta o trabalho de parto, tornando-o mais laborioso, necessitando, assim, que os profissionais tentem explicar as vantagens e indicações dos tipos de parto, a fim de conscientizá-las a não se exporem a riscos desnecessários.

Estudos evidenciam que há mulheres que desejam se submeter a esse procedimento mesmo sem risco de óbito materno ou fetal, porque têm, em seu imaginário, a cesárea como escolha para proteger a dignidade, pois compreendem que o parto vaginal é degradante, em face das práticas desumanizadas que equivocadamente são utilizadas durante o trabalho de parto. Temem a dor durante o trabalho de parto e parto e desconhecem os riscos da prematuridade fetal e de suas consequências (LEAL et al., 2015; PASHE et al., 2014; DOMINGUES et al., 2014; OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Entretanto, a opção pela cesariana na visão das usuárias também deve ser refletida.

Fui pra M3 porque eu tenho tireoide e [...] no caso, é por causa que eu tava com um probleminha de pressão também e tinha passado da data do parto. [...] aí queria me dar remédio [para induzir o parto], mas não tinha cama, não tinha nada! Porque tinha dezessete grávida, fora as outras que já tava lá e tinha tido criança desde de manhã, aí tinha dezessete grávida pra duas camas e [...] tinha uma lá [na M3] que teve o bebezinho [...] só que foi normal, né, aí tava lá na cadeira de roda com o menino no colo e aquilo deve ser muito... e muitas voltando porque não tinha mais espaço, aí ele [o médico] queria dar o remédio pra gente ficar numa cadeira lá, sentindo dor sem ter, porque ia brigar por duas cadeiras? [...] aí eu falei pra ele: Eu sentindo dor e ficar na cadeira e depois não ter onde ficar? [...]. Aí o médico até tirou foto da gente que tava na cadeira, as dezessete mulher, foi lá embaixo falou até em ser mandado embora, mas vocês têm que reclamar! [...] ele falou: "Gente, é a vida de vocês, é o filho de vocês!" [...] ele disse que fez o parto de uma no chão, lá onde ele tava, se você vê o chão lá, assim... Meu Deus! Ali pra pegar uma infecção é rapidinho. [...] as pessoas falava lá, que quando passa do tempo a criança morre, né, dentro da barriga, aí tava lá assim um montão [de mulheres]. [...] Aí eu fui, aí eu fui particular na M1 [...] eu perguntei se, se eu chegasse em qualquer outro hospital, eu fazia particular, porque eu tava vendo que não ia ser normal [...]. Ah, lá [na M1] é outra coisa, porque foi particular, né, porque eu já entrei também na área de... Porque, assim, é como se fosse duas portas, aqui é o público e aqui é o particular, particular é outra coisa, você é bem atendida! Rapidinho, foi questão de minutos pra eu

ter o menino nos braços. Tipo, eu cheguei lá de 8 horas e o que mais demorou foi a ficha [...]. Paguei três mil e pouco. (U14)

Ao vivenciar a gestação busca-se a maternidade recomendada, principalmente as mulheres que apresentam risco gestacional. Entretanto, ao se depararem com um contexto em que os próprios profissionais revelam a impossibilidade de uma assistência vigilante e adequada, as usuárias que utilizam o SUS, mas que dispõem de recursos financeiros, optam pela cirurgia cesariana no serviço privado para obter resolutividade. De acordo com Maffesoli (2010) as pessoas fazem escolhas na vida baseadas nas experiências vividas.

Na M3 a mulher seria submetida à indução do parto vaginal sem condições mínimas de atendimento e, no serviço privado, mesmo tendo que desembolsar pagamento com financiamento próprio superior à renda familiar declarada, as mulheres têm prontidão no atendimento e pensam: "é outra coisa, você é bem atendida! Rapidinho, foi questão de minutos pra eu ter o menino nos braços".

Ressalta-se que a M1 também é vinculada à Rede Cegonha, mas "é como se fosse duas portas, aqui é o público e aqui é o particular", pois a entrada das parturientes do SUS e do setor privado é diferenciada. Nesta compreensão, a porta do SUS representa as situações constrangedoras vivenciadas dentro da M3 e a porta do serviço privado dava acesso a um atendimento acolhedor e que atende aos anseios, ofertando-lhe resolutividade com brevidade. Bastando, para isso, que sejam apresentados os documentos pessoais, os exames realizados durante o pré-natal e o cartão da gestante. Infere-se que assistência obstétrica pode dualizar para a mesma paciente a forma de parir, quer seja por opção da mulher ou do médico.

Cabe refletir se houve diálogo e esclarecimento no serviço privado sobre os riscos e benefícios para a escolha da cesariana, pois, independente da via de nascimento escolhida, devem existir clareza e veracidade na informação dada à mulher, bem como deve ter garantido o seu direito de participar de decisões sobre o seu cuidado (PORTELA et al., 2018).

No Brasil, o incentivo à cesariana desnecessária ocorre principalmente na rede privada, onde a taxa de cesarianas é significativamente mais elevada do que nas maternidades vinculadas ao SUS. No ano de 2014, a prevalência de cesáreas foi de 52,8%, sendo, destas, 38,1% em hospitais públicos e 92,8% em hospitais privados (TOLEDO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2017).

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina propôs, por meio da Resolução 2.144/2016, que a escolha pela cesária da gestante de risco habitual deve ser acompanhada de informações sobre as duas vias de nascimento. Devendo o médico assegurar à mulher que essa cirurgia não deverá ocorrer antes da 39ª semana a fim de evitar complicações para o feto.

Além disso, no ato do recebimento destas informações, a mulher deverá assinar juntamente ao obstetra um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CFM, 2016).

Ressalta-se que é consenso que, na grande maioria dos partos sem complicações obstétricas, a via de parto vaginal é a mais indicada, com o acompanhamento das enfermeiras obstétricas. Nesta perspectiva, essas cirurgias somente devem ser introduzidas no cuidado obstétrico quando houver complicações no pré-natal ou no parto que possam colocar em risco a vida da mãe ou do bebê (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017).

Não obstante, existem estudos em que a via de parto vaginal é indicada e as mulheres referem que são violentadas, pois, de acordo com a condução do trabalho de parto e parto, pode ocorrer a violência obstétrica (OLIVEIRA; PENNA, 2017b; RODRIGUES et al., 2017; DINIZ et al., 2015).

As usuárias descreveram a assistência recebida durante o parto por via vaginal.

[...] me encaminharam [da UBS] porque a data da minha última menstruação acusava que eu estava com 43 semanas. Aí fui encaminhada pra M3 [...]. Cheguei lá, aí a mulher já fez toque em mim. Aí foi e disse: “Sobe lá pra cima que você vai ficar internada.” [...] Bateram ultrassom em mim, mas antes de bater a ultrassom me deram um remédio pra mim ter as contração. Aí eu achei errado, né, que era pra ter batido a ultrassom primeiro. Aí essa ultrassom, o resultado veio chegar quase 3 horas da manhã. [quando questionada qual horário tinha feito a ultrassonografia] Eu tinha feito umas 2 horas da tarde. Eu cheguei lá de manhã, era umas 8 hora da manhã. [...] Aí o médico disse: “Quem foi que lhe encaminhou praqui?”. Aí eu disse: Foi o pessoal do posto. Ele disse: “Você está com 38 semanas ainda.”. Aí eu disse: Tá vendo, doutor, e eu já tomei quatro comprimido pra dilatar! Aí ele disse: “Tá vendo, era pra ter esperado o resultado da ultrassom.”. Aí, quando deu umas 4 horas da madrugada, eu comecei a sentir dor, muita dor, muita dor [...] e vim ter ele meio-dia. A doutora [do outro plantão] chegou 7 horas da manhã, estourou minha bolsa e não foi agilizar o meu parto [...] aí não me botaram na sala de parto. Na cama que eu tava eu tive, eu perdi minhas força, minha mãe foi procurar a doutora e não tinha uma doutora e nenhuma enfermeira perto de mim. Aí minha mãe foi lá, deu uns gritos lá e chegou a doutora e a enfermeira, porque eu perdi minhas força! Olha, eu sofri tanto, sofri tanto esses dois dias, sem comer nada praticamente! Perdi minhas força geral [...] A contração vinha e ia. Aí saia a metade da cabeça, pouco mais eu perdia as força e o menino entrava de novo. E nisso ele foi vindo, foi vindo, aí me cortaram e puxaram. [...] aí, foram me costurar, aí ainda foram me perguntar se eu queria anestesia [...] Ela perguntou: “Tu quer? Eu vou dá anestesia em tu porque tu já sofreu demais.”. Eu disse: “Porque, se eu não tivesse sofrido, vocês não iam me anestesiarem não? Aí ela foi me costurar. Ele nasceu com uma infecçãozinha no sangue porque demorou a nascer. Eu passei lá dez dia depois do parto. Dez dia ele tomando antibiótico na veia. (U4)

Pode-se apreender uma sequência de eventos violentos a que as usuárias ficam vulneráveis quando buscam o cuidado. O parto foi induzido precocemente e

desnecessariamente, o que resultou em um recém-nascido prematuro que desenvolveu infecção, possivelmente pela exposição do mesmo às manipulações excessivas da indução do parto, somadas ao rompimento intencional e prematuro da membrana amniótica.

Além disso, na passagem do recém-nascido pelo canal do parto a mulher teve sua vagina cortada e, somente após o nascimento, foi questionada se gostaria de ser anestesiada, e a profissional afirmou que só iria fazer considerando que a mesma já tinha sofrido muito. A descrição da informante foi permeada por um tom de voz baixo e olhos marejados (NO10). Pode-se inferir que a vivência no parto de atos violentos reverbera sentimentos negativos nas mulheres.

No Brasil a episiotomia de rotina foi uma prática introduzida no cenário obstétrico desde o século passado, visando à proteção perineal contra lacerações, redução de posterior incontinência urinária e fetal, bem como à proteção do neonato do trauma do parto. Contudo, os estudos controlados demonstraram os vários males que a episiotomia pode causar. Mesmo assim, é uma prática comum em todas as regiões, sendo praticada em 56% das mulheres com baixo risco obstétrico, e, destas, mais de 70% são primíparas (LEAL et al., 2014).

Essa intervenção é considerada agressiva. Dentre os principais malefícios para a mulher, destacam-se laceração perineal de terceiro e quarto graus, infecção, edema, ardor, dor perineal, dor ao urinar, dispaurenia e uma perda sanguínea mais volumosa durante o parto. Ademais, as mulheres ficam mais expostas a outros desconfortos que dificultam no pós-parto as atividades habituais como deambular, sentar, dormir e alimentar-se (FERREIRA, et al., 2018; FRANCISCO et al., 2014; RAISANEN et al., 2011; AMORIM; KATZ, 2008).

Por isso, o Ministério da Saúde recomenda não realizar a episiotomia durante o parto vaginal espontâneo e, se for realizada, deve-se assegurar à paciente a administração de analgesia efetiva antes de sua realização. Ressalta-se que existem estratégias com potencial redução de casos de lacerações graves. Se for desejo da paciente, pode-se adotar uma posição verticalizada durante o trabalho de parto, aplicar massagem perineal e usar compressas quentes nessa região (CONITEC, 2016; AASHEIM et al., 2017; LEAL et al., 2014).

Em relação à ruptura intencional da membrana amniótica, denominada de amniotomia, visa acelerar o trabalho de parto e é frequentemente utilizada nas maternidades. Todavia, o Ministério da Saúde adverte que a amniotomia não traz nenhum benefício para os desfechos maternos e neonatais, porém, aumenta o risco de infecção para o neonato e a frequência cardíaca fetal (CONITEC, 2016; LEAL et al., 2014).

As mulheres expressaram como se sentiam, reagiram e percebiam os atos violentos e as maternidades durante a gestação e trabalho de parto:

[...] ele não me atendeu bem, ele não olhou pra minha cara, mandou eu deitar, abrir as pernas, disse que eu não ia ter agora e fosse pra casa e mandou eu pra casa. Ele me machucou! Eu fiquei com sangramento dois dias em casa, porque ele mal soube fazer o exame de toque e me mandou pra casa.[...] Eu me senti um nada! [...] na hora que você mais precisa de um carinho, conforto, você não é nada, você é maltratada. (US11)

[...] no sábado que entrou outro médico até o domingo, foi horrível! Foi mau o tratamento, não trabalhava bem, era todo na ignorância, vendo a gente sofrendo, parece que fazia de pirraça. É tipo "Fez isso porque gosta, quando foi pra fazer não gostou? Então aguenta!" [...] eu aguentei dor calada, já pra não sofrer, porque eles deixam a pessoa sofrendo, a pessoa sentindo dor, gritando... aí que deixam mesmo! [...] botavam a cara feia pras pessoas que ficavam gritando, eles mandavam parar de escândalo, que não era essa dor toda, que se ficasse gritando o bebê subia e aí ia sofrer mais. Tipo amedrontando. (US15)

[...] ainda deixaram resto de parto, sangue vivo. Deu quadro de hemorragia em mim. Tomei dois soros, injeção pra parar de sangrar. Aí ficaram lá, ficaram tirando resto de sangue de dentro de mim, naquelas cadeiras com uns ganchos. Ali é um matadouro! Deixa a pessoa sofrer bem muito! (U13)

Evidencia-se que as mulheres vivenciaram a violência obstétrica nas maternidades de Campina Grande/PB ao relatarem: "vendo a gente sofrendo, parece que fazia de pirraça", "Fez isso porque gosta, quando foi pra fazer não gostou? Então aguenta!", "ele não olhou pra minha cara, mandou eu deitar, abrir as pernas" e "ele me machucou". Desta forma, os dados permitem inferir que, mesmo as mulheres não utilizando a expressão "violência obstétrica", existe a presença de maus-tratos físicos e psicológicos que acarretam um sentimento de desvalor. Apesar disso, no instante em que ocorrem os episódios, aguentam caladas.

Essa passividade das mulheres tem relação com a falta de conhecimento sobre seus direitos e a ausência de percepção das práticas de violência obstétrica. Assim, por não saberem o que pode ser reivindicado e pelo medo de serem repreendidas, sentem-se impotentes quanto ao que é determinado, tornando-as mais vulneráveis a serem vítimas (SCARTON et al., 2015; LEAL, 2018).

Na agressão verbal dita pelo profissional de saúde à parturiente "Fez isso porque gosta, quando foi pra fazer não gostou? Então aguenta!", pode-se evidenciar uma conotação grosseira, constrangedora e desrespeitosa, relacionando a dor do parto como a punição pelo sexo e conseqüente gestação.

Os comentários inadequados, as agressões de cunho moral e psicológico são comuns no momento do parto, podendo ser mais impactantes do que as agressões físicas. Essa assistência desumana acarreta uma experiência negativa para a parturiente, contribuindo na tomada de decisão nas gestações seguintes (BOHREN et al., 2015; CARVALHO; BRITO, 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2017b; LEAL, 2018).

De acordo com os dados, o silêncio pode ser um mecanismo de defesa da mulher para se proteger contra os maus-tratos. Na compreensão das usuárias, quando as mulheres expressam sua dor com gritos e gemidos são ignoradas ou intimidadas com ameaças, já que os profissionais as amedrontam, afirmando que os gritos acarretarão mais tempo para o bebê nascer e mais sofrimento à parturiente. Além disso, a dor do parto é desconsiderada e nenhum método não farmacológico para aliviá-la é aplicado.

Por isso silenciam, pelo medo de quem deveria prestar-lhes suporte e auxílio. Nessa relação de poder entre os obstetras e as parturientes, estas sempre estão em situação de desvantagem. Contudo, o silêncio torna as mulheres mais vulneráveis à violência obstétrica em suas várias formas de serem praticadas. Ademais, ao silenciar, não é apenas a dor que é omitida, mas também seus anseios e dúvidas. Tem-se, assim, mais uma forma de repressão sofrida pela mulher durante o processo de parturição: a de ser tolhida a liberdade de expressão de um momento singular, como é o parto (CARVALHO; BRITO 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2017b).

Mesmo após o parto, parece difícil falar e reconhecer a violência.

Agora o parto, eu não gostei não. [...] quando cheguei lá ainda fiquei um tempão esperando, aí, na hora de ter, quem fez foi a enfermeira e os instrumentos estavam cego, aí deu um trabalhinho pra ela fazer tudo e depois pra ela costurar. [...] o coisa de cortar, aquele instrumentozinho que corta tava meio cego. [Quando questionada se gostaria de acrescentar algo] Não foi só o trabalho pra ela cortar e ela costurar só, mas que foi bom, foi. Eu fui bem tratada lá também, gostei. (US8)

Evidencia-se um conflito em relação aos próprios sentimentos vivenciados durante a parturição. Isso acontece porque os sentimentos que permeiam a vivência do parto, pela singularidade de cada mulher, tornam-no muito intenso. Assim, mesmo tendo referido os desagradados, as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que para elas atenua os maus-tratos recebidos durante a parturição (OLIVEIRA; PENNA, 2017a).

Porém, há situações que chegam ao conhecimento dos gestores e profissionais de saúde da APS.

Então eu acho que, pra amarrar mais isso, é... a sensibilização dos profissionais em acompanhar bem as gestantes, não são todos que tem um... cuidado, né? Tanto que, a maioria das vezes, a maior demanda de ouvidoria é em relação dessa parte de atendimento e dessa forma que são tratadas no parto. (G5)

Algumas falam que às vezes encontram profissionais que assim, não... não sabem às vezes lidar é... de uma forma com palavras que sejam assim, agradáveis, vamos dizer, entendeu? Então assim, eu acho que assim, eu acho eu falta um pouco de humanização. (PS2)

[...] tem muita reclamação do atendimento em si. Lá da M3, não sei se por conta da demanda, assim, a gente não sabe que fatores, mas ainda existe muita reclamação em relação ao atendimento em si. (PS10)

Nota-se que em Campina Grande/PB os gestores e profissionais de saúde da APS estão cientes das reclamações das mulheres em relação à forma com que são tratadas durante o internamento. Dentre os motivos que contribuem para o atendimento grosseiro e desrespeitoso, inclui-se a demanda elevada das maternidades.

Cardoso et al. (2017) referem que é comum os profissionais justificarem as condições de trabalho como contribuintes para maus-tratos com as mulheres. Afirmam que reprovam essas atitudes quando presenciam de seus colegas, porém ficam passivos à cena de violência, sem interferir.

Em Campina Grande/PB o enfrentamento da violência obstétrica ainda é incipiente. Não há registros nos documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB sobre seu enfrentamento. Entretanto, alguns gestores, em conversas informais, referiram que o tema foi debatido em um fórum perinatal no próprio município no primeiro semestre do ano de 2017, destinado aos profissionais da APS (NO43).

Não houve relatos, nem registros nos documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB de iniciativas que tenham sido tomadas para empoderar as mulheres em relação aos seus direitos, nem tampouco apuração das práticas de violência obstétrica por parte da ouvidoria das maternidades, quando recebem essas queixas. Apesar disso, alguns entrevistados reconheceram mudanças na assistência obstétrica de Campina Grande/ PB.

A gente vê que, hoje, a gente tem o contato pele a pele do nosso bebê, a gente tem o clampeamento oportuno do cordão umbilical, a gente sabe que é garantido acompanhamento, um acompanhante na hora do parto [...]. (G11)

Eu acredito que deu pra melhorar muito, né, porque muita prática, muitas práticas já foram mudadas, né, inclusive aqui na M3. A própria assistência, a abertura pra a enfermeira, a questão de cursos [...]. (PS22)

Mulher, no primeiro filho [nascido em 2014] eu sofri que só lá. Quase que eu morria (risos)! Mas no segundo [nascido em 2017] [...] eu fui atendida bem, não sofri não. (US6).

Os profissionais de saúde descreveram suas práticas durante o acompanhamento no parto e nascimento.

O bebê sempre fica no contato com a mãe até o cordão parar de pulsar, ou os três minutos. Depende do pediatra também que tá na hora. (PS20)

[...] a gente usa muito banqueteta, usa muito a bola, né? [...] a gente tem uma cadeira de parto vertical [...] bem humanizada. A acompanhante senta atrás, paciente fica na frente, a gente senta no chão, é bem... boa. E a maioria dos meus partos a gente vai pra lá. [...] ela é linda, ela é ótima, já tá bem

velhinha, mas a gente usa muito. Plantão de hoje, com certeza, se a gente chegar lá, vão tá usando, que o plantão é bem humanizado [...] eles abraçam muito a causa de humanização, então a gente é... tem conseguido no meu plantão [...], mas à noite, por exemplo, quando eu tô à noite, eu não consigo trabalhar dessa forma. [...] de noite cê vai vê aqui que as coisas não fluem, não são tão modernas quanto acontece durante o dia. [...] São os médicos mais antigos e a equipe de enfermagem antiga [...]. (PS 23)

É o que a gente fala, a humanização é independente de onde você esteja. O que é você humanizar? É você respeitar a mulher e o menino, então, como é que você pode respeitar? Não existe hoje, não existe nenhuma evidência de que seja necessário, por exemplo, a gente fazer uma episiotomia, [...] então, o que se preconiza é evitar episiotomia, não se fazer kristeller, [...] a gente dá preferência a não usar ocitocina, deixar a paciente, óbvio, andar, paciente se alimentar, ela ter contato com o acompanhante durante todo o trabalho de parto, pré-parto, peri, pós-parto [...] hoje a gente toca muito pouco, tem paciente aí, tem paciente que chega no plantão, a gente examina todas e, depois disso, a gente não tocou mais ninguém, porque não tem necessidade de a gente tá tocando paciente. (PS 25)

Os depoimentos permitem compreender que está havendo um movimento contrário à resistência do modelo obstétrico hegemônico. Existem profissionais adeptos das boas práticas no cotidiano, mas encontram resistência de alguns profissionais médicos e dos membros da equipe de enfermagem, que têm maior tempo de formação e perpetuam práticas obsoletas e que não beneficiam a mãe e o recém-nascido.

Entretanto, alguns profissionais com vários anos de formação referiram utilizar práticas humanizadas. Deste modo, é possível inferir que a forma de conduzir a assistência ao parto tem mais relação com o perfil profissional e sua abertura a exercer o cuidado centrado na mulher e no seu filho, do que com o tempo de formação e o plantão em que exerce suas atividades.

Nesse último contexto, é preciso reconhecer que existe nas equipes plantonistas um espírito coletivo que se apresenta nos agrupamentos sociais que, para Maffesoli (2006, p. 224), "são agrupamentos contemporâneos denominados de tribos, e representam mais do que a reunião de indivíduos, são nós que se formam a partir do sentimento de pertença, em função de uma ética específica e no quadro de uma rede de comunicação". Assim, as tribos se organizam conforme as ocasiões se apresentam e se esgotam na ação, porém, a duração pode ser variável, dependendo do grau de investimento dos protagonistas (MAFFESOLI, 2006).

Nas tribos existe uma desconstrução do individualismo em detrimento da ética do próprio grupo, que é construída num determinado espaço de convívio, em um determinado tempo. Os membros da tribo interagem, partilham ideias, se apoiam, se defendem e buscam segurança dentro do próprio grupo, já que este é estruturado dentro de uma dimensão afetual, onde circulam as emoções, os afetos e os símbolos (MAFFESOLI, 2006).

Assim, para além dos indicadores de saúde inerentes ao cuidado materno e infantil durante a parturição, faz-se necessária uma sensibilização da gestão da Rede Cegonha com relação aos profissionais de saúde ou tribos que apresentam resistência às mudanças necessárias contra a violência obstétrica.

De igual importância, é necessário rever rotinas institucionais que possam interferir na satisfação das mulheres e na qualidade da assistência ao parto. Os profissionais apontaram o que pode ser feito nesse sentido.

A gente, enquanto estudante da Rede Cegonha, do CEEO [Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica], a gente tem que fazer um projeto de intervenção, então, a gente detecta um problema que a gente acha que pode ser... que a gente consiga mudar, melhorar [...]. A gente não tem uma estrutura física adequada [...], o acompanhante masculino... ele ainda é vetado. Nos meus plantões, eu ainda tento trazer um pouquinho ele, assim: Olhe, fique aqui um pouquinho com ela., Vá um pouquinho ali pra fora., Fique aqui... porque, você sabe, a gente não tem biombos, a gente não tem divisórias. [...], então a gente evita por isso, então o acompanhante masculino ainda é uma barreira pra gente, mas os demais, sempre em todo momento, em qualquer hora, tem. A minha colega daqui da M3 tá trabalhando com acompanhante masculino, [...] a gente não tem muito o que fazer quanto à estrutura, mas ela tá buscando alternativas pra gente começar a inserir esse homem, tô trabalhando com as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, e aí a gente vai conversar, vê se a gente coloca [...] chazinho, gelatina, alimentação e aí a gente tá trabalhando. Essas são algumas dificuldades, eu sei que é uma coisa bem pequena, mas que é o que a gente pode começar a mudar [...]. Pode não parecer, mas é [...] de grande impacto, no trabalho de parto, pra aquela mulher... pra equipe como um todo, né? E aí, essas são as dificuldades que a gente tá vendo agora, que a gente tá tentando mudar. Porque tem outras coisas que são, bem, muito maiores, mas que tão muito distante do nosso alcance, né? (PS23)

O Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica é promovido como uma ação estratégica do Ministério da Saúde para as maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Objetiva contribuir nas mudanças do modelo de assistência ao parto, para que as práticas sejam centradas nas necessidades das mulheres. Uma demanda necessária ao curso é realizar um diagnóstico situacional, construído a partir de sua realidade local e de circunstâncias concretas do seu trabalho, a fim provocar mudanças com impacto positivo na assistência. Para isso, deve-se pensar em meios que envolvam os profissionais de saúde e os gestores para sensibilizá-los e viabilizar a implementação da ação com centralidade nas necessidades das parturientes.

Assim, estavam acontecendo negociações com a gestão no sentido de garantir o direito do acompanhante masculino durante a parturição, bem como, ressalta-se que, mesmo sendo a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher um direito assegurado por lei, quando se trata de homens e há outras parturientes no recinto, a entrada ficava restrita ao

momento do parto, a fim de não expor a privacidade das demais parturientes, visto que no serviço não havia suítes individualizadas.

A inadequação do espaço físico é um obstáculo para a presença do acompanhante durante a parturição, podendo ser evidenciado em outras pesquisas. Entretanto, a Lei 11.108, que assegura o direito das mulheres de terem um acompanhante de sua escolha, tanto no pré-natal, quanto em todos os períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto, data de 2005. Nesta perspectiva, é injustificável a instituição de saúde permanecer tantos anos para adequar sua estrutura física (PORTELA et al., 2018; MONGUILHOTT et al., 2018; DINIZ et al., 2014; BRASIL, 2005b).

No Brasil, numa pesquisa envolvendo todas as regiões do país, realizada com mulheres nos setores público e privado, pode-se notar que apenas 18,8% tiveram acompanhamento contínuo durante todo o internamento. Algumas características inerentes às mulheres contribuem para isso. As parturientes com baixa condição econômica, menor escolaridade, pretas ou pardas, e usuárias do SUS foram as que tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto. Dentre as justificativas dadas pelas mulheres que não foram acompanhadas, a maioria (52%) afirmou não ser permitido no hospital e as demais informantes relataram um conhecimento restrito sobre seus direitos, informando que achavam que era permitido apenas nos casos de cesarianas, de adolescentes, de acompanhantes mulheres para aqueles que tinham participado de um curso, para quem pagasse e outras informações incabíveis. Além disso, a pesquisa evidenciou que a maioria dos hospitais não oferecia sequer cadeiras para os acompanhantes e valorizava que estes tivessem uma postura passiva e sem questionamentos (DINIZ et al., 2014).

A atitude ativa dos acompanhantes provoca em alguns profissionais indignação, pois incomodam-se com questionamentos acerca do seu saber, já que compreendem este como uma verdade absoluta, mesmo que submetam docilmente os corpos das mulheres ao seu controle e intervenções (OLIVEIRA; PENNA, 2017b).

Contudo, para a paciente o acompanhante traz segurança e, ainda, associa-se a uma satisfação maior das mulheres por se sentirem mais respeitadas, terem mais informações e relatarem menos episódios de violência obstétrica durante a internação, bem como um cuidado menos intervencionista (DINIZ et al., 2014; D'ORSI et al., 2014; MONGUILHOTT et al., 2018; RODRIGUES et al., 2017).

No tocante ao jejum durante o trabalho de parto para as mulheres de risco habitual, encontra-se respaldo em uma meta-análise feita com mais de três mil mulheres de que não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto dessas

mulheres (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). Na realidade da M3 as parturientes permaneciam em jejum no período das 22 horas até as 6 horas, pois a copa ficava fechada.

Todos esses achados trazem elementos sobre o distanciamento da provisão de um cuidado centrado nas parturientes, no qual é subestimada a importância da vivência do parto. Contudo, compreende-se que essas mudanças que estavam sendo negociadas no período da coleta de dados desta pesquisa já caracterizam um movimento contra-hegemônico ao modelo obstétrico intervencionista e que valoriza não apenas os resultados de morbimortalidade, mas, também, que a experiência do parto seja positiva para as mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fundamentado na Sociologia Compreensiva permitiu o entendimento das minúcias inerentes à socialidade, que contribuem para a integralidade do cuidado na Rede Cegonha. Para tanto, foi necessário, como pesquisadora, compreender "através de uma visão interna", que o ritmo próprio da vida das pessoas não pode ser normatizado, porque isso não dá conta de romper com o pluralismo das pessoas e da coletividade.

As cenas cotidianas do cuidado na Rede Cegonha revelam que na sua construção as usuárias, profissionais de saúde e gestores (re)inventavam os caminhos do cuidado norteados pelas relações afetuais estabelecidas entre quem busca e quem oferta o cuidado. Nesta perspectiva, todos os implicados têm o potencial de produzir rede, desde que ofertem ou promovam meios de obtenção de resolutividade, superando os entraves e assumindo o protagonismo do cuidado, seguindo os fluxos propostos ou elaborando novas direções.

A percepção das necessidades de saúde é movente em busca do cuidado. Ao mesmo tempo em que a confiança e o vínculo inerentes à socialidade é que contribuem para a entrada nos serviços. Assim, mesmo as usuárias de outras áreas de abrangência ou de áreas descobertas eram acolhidas pelos profissionais da APS, por compreenderem o direito das mulheres de serem assistidas e pela relação empática estabelecida no cotidiano.

Ademais, mesmo as gestantes da área adscrita dos profissionais eram priorizadas desde a descoberta da gravidez. Nas UBS pelo menos um turno de atendimento era destinado a esse público e o acesso era facilitado para todas as ações ofertadas dentro da UBS, porém os profissionais referiram que faltavam insumos, medicamentos e exames essenciais para o pré-natal.

A gestão municipal tinha ciência dessas fragilidades, mas, possivelmente, pelos cargos que ocupavam não referiram fragilidades no sistema de apoio. Por isso, os profissionais utilizavam várias estratégias para oportunizar à mulher um cuidado com qualidade. Improvisaram um armário no próprio consultório na UBS com amostras grátis de medicamentos que ganhavam em outros serviços para distribuir equitativamente com as usuárias, se deslocavam por conta própria antes e após o pré-natal para conseguirem equipamentos essenciais para avaliação da vitalidade fetal e se sensibilizavam com a vulnerabilidade do contexto socioeconômico das usuárias, que as impedia de realizar até exames, de modo que mobilizavam recursos para ofertar a assistência, pois no cotidiano impera a lógica do instante.

A assistência odontológica no Município de Campina Grande/PB era pouco ofertada na Rede Cegonha. Existia carência de dentistas ou, quando estavam presentes, havia falta de material impedindo esses profissionais de exercerem suas atribuições no cuidado à mulher e seus filhos. Nos casos em que as mulheres necessitavam e não encontravam esse atendimento na UBS, sentiam-se desmotivadas a comparecerem às consultas de pré-natal, constatando-se que a adesão da gestante tem relação com a resolutividade que o serviço oferece às suas necessidades.

Em relação ao pré-natal do parceiro, a inserção do homem na Rede Cegonha ainda era incipiente e tinha se limitado à oferta de exames, atendimentos odontológicos e vacinas, que muitas vezes não eram realizados, o que evidencia que a estratégia de utilizar a mulher como intermediadora do contato com o homem não tinha alcançado o êxito. Os motivos relacionados ao trabalho eram os principais argumentos para o seu não comparecimento, mas não existiam iniciativas de horários alternativos para atendimento dos homens.

As questões de gênero que contribuem para a saúde ou doença da mulher e que transversalizam a saúde sexual e reprodutiva não eram trabalhadas, embora elas possivelmente contribuíssem no distanciamento dos homens nos serviços de saúde e na participação ativa na saúde reprodutiva do casal.

Outro aspecto relevante é a forma com que as políticas públicas têm respondido à infecção pelo vírus Zika e o manejo das crianças com SCZ. Existia uma lacuna nos serviços de saúde para essas mulheres e seus filhos. As principais ações municipais eram direcionadas ao controle do mosquito vetor e tinham se mostrado pouco efetivas, já que a cidade vivencia uma crise hídrica e a população perpetua o hábito de armazenagem de água de maneira inadequada, o qual facilita a propagação do agente vetor.

Acrescenta-se a isso que a distribuição gratuita do repelente ficou por alguns meses restrita às mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família e esse critério excludente só aumentava a vulnerabilidade das mulheres que não podiam comprá-lo. No tocante à assistência, os noticiários locais retratavam as reclamações das mães quanto à insuficiência dos serviços em atender às singularidades dessas crianças, evidenciando a invisibilidade delas na Rede Cegonha.

A articulação dos pontos da Rede Cegonha de Campina Grande/PB apresentava fragilidades na contrarreferência. As maiores dificuldades se inseriam nos casos em que as gestantes eram classificadas como de alto risco e necessitavam de um pré-natal compartilhado entre os profissionais do serviço de média complexidade e APS. Nestas situações, os especialistas não concordavam em compartilhar o cuidado por compreenderem que os

profissionais da APS não tinham competência para conduzir as gestantes de alto risco e elencavam situações de divergências de condutas.

Reconhece-se que o profissional especialista foi preparado para atuar nesses casos, mas não na Rede Cegonha, pois o objetivo do pré-natal compartilhado é a soma de saberes em prol da centralidade do cuidado à mulher, cabendo à APS a vigilância mais próxima ao contexto de vida das mulheres, o que favorece a detecção precoce de complicações.

Esses entraves faziam com que os profissionais da APS utilizassem as vias informais de comunicação na rede por meio de amizades, operacionalizando a continuidade do cuidado e a resolutividade com mais rapidez, formando-se redes dentro da Rede Cegonha e evidenciando-se que a trama social transcende a norma e garante o cuidado.

Reitera-se que as relações interpessoais e o diálogo devem permear as práticas e a comunicação dos pontos de atenção, mas, dessa forma, não asseguram a atenção a todas as mulheres. Assim, considerando-se que Campina Grande/PB é referência obstétrica clínica e cirúrgica, a gestão municipal deve reconhecer as proporções locorregionais da ausência da contrarreferência e assumir um posicionamento proativo frente à problemática, inclusive promovendo a implantação de prontuário eletrônico e educação permanente com os profissionais sobre as RAS.

As maternidades estavam frequentemente lotadas pois o planejamento regional baseava-se na PPI que estava obsoleta e incompatível com a capacidade instalada do Município de Campina Grande/PB. Essa demanda era discutida nos espaços de governança estadual, mas a morosidade em resolver tinha elevado os custos e fragilizado a atenção obstétrica.

A violência obstétrica estava presente nas maternidades da Rede Cegonha de Campina Grande/PB em suas várias formas. Destaca-se que predominavam nos turnos noturnos o maior número de cesarianas desnecessárias e de assistência ao parto vaginal em posição supina, que reconhecidamente no meio científico tornam a mulher mais vulnerável às intervenções. As enfermeiras obstétricas sentiam dificuldades para atuar, tanto pela postura inflexível de outros profissionais da equipe de saúde, quanto pelo excesso de demanda que as desviavam da assistência, desperdiçando-se uma mão de obra qualificada para a humanização.

Entretanto, cabe ressaltar que as negociações da inserção das boas práticas para garantir a presença do acompanhante do sexo masculino e liberar a oferta de alimentação para as mulheres de risco habitual em trabalho de parto estavam em andamento e que já sinalizavam iniciativas contra-hegemônicas, de baixo custo e de grande impacto na atenção obstétrica.

Ademais, a produção do cuidado com efetividade sistêmica na Rede Cegonha de Campina Grande/PB está intimamente relacionada com a necessidade de rever o processo de regionalização do Estado da Paraíba, no qual as regiões de saúde sejam dotadas de todo o instrumental necessário, para que haja a gestão compartilhada, interfederativa e responsável.

Dentre as ações municipais que podem contribuir com o fortalecimento da Rede Cegonha, sugere-se rever a oferta de exames, insumos e medicamentos conforme as demandas das mulheres e articular, juntamente ao estado, ações que promovam melhorias nas condições hídricas da cidade. Ao mesmo tempo, deve-se prover prioridade para a assistência às mães e às crianças acometidas pela SCZ, que são crianças que necessitam de estímulos precoces e múltiplas terapias.

Reitera-se o limite deste Estudo de Caso Único que pretendeu focar e aprofundar uma realidade específica, podendo não permitir generalizações em outros cenários. Contudo, por ter sido inédito lançar o olhar da Sociologia Compreensiva sobre o cotidiano da Rede Cegonha, os resultados encontrados podem fornecer subsídios para os atores sociais refletirem sobre os principais entraves e potencialidades de uma rede viva, a fim de melhor compreenderem a dinamicidade do cotidiano e tornarem a Rede Cegonha mais potente.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados em outros municípios a fim de aprofundar as questões apresentadas e analisadas, visto que a Rede Cegonha é uma estratégia recente do SUS no cuidado às mulheres e seus filhos, necessitando, assim, ampliar as discussões sobre os fenômenos sociais que ocorrem no cotidiano.

REFERÊNCIAS

AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). **Cochrane Libr**, [online], v. 6, n. CD006672, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/286085972017>. Acesso em 9 fev. 2018.

ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UM Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**, [online], v. 387, n. 10017, p. 462-474, jan. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext). Acesso em: 10 jan. 2018.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, [online], v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 22, n.6, p.1845-1856, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Cien Saude Colet**, [online], v.18, n.6, p.1677-1682, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600019&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 20 mai. 2018.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2018.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saude Publica**, [online], v. 50, n. 80, p. 1- 13, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf. Acesso em: 18 jan. 2018.

AMORIM, M; DUARTE, A. C. **Indicações Reais e Fictícias**. 2018. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>> Acesso em: 16 nov. 2018.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, [online], v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=493990&indexSearch=ID>. Acesso em: 28 nov. 2018.

ANDRADE, S. M. A. S. et al. Impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Rene**, [online], v. 17, n. 3, p. 310-317, mai./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300002>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3442/2678>. Acesso em: 18 jan. 2018.

ARDUINO, M. B.; ÁVILA, G.O. Aspectos físico-químicos da água de criadouros de *Aedes aegypti* em ambiente urbano e as implicações para o controle da dengue. **Rev Patol Trop**, [online], v. 44, n. 1, p. 89-100, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/rpt.v44i1.34801>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276899047_ASPECTOS_FISICO-QUIMICOS_DA_AGUA_DE_CRIADOUROS_DE_Aedes_aegypti_EM_AMBIENTE_URBANO_E_AS_IMPLICACOES_PARA_O_CONTROLE_DA_DENGUE. Acesso em: 20 nov. 2018.

ARRUDA, G.O.; CORRÊA, A.C.P.; MARCON, S. S. Compreensão sobre as necessidades de saúde de homens adultos: perspectiva masculina. **Rev Rene**, [online], v. 19, n. e3290, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193290>. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/34451/1/2018_art_goarruda.pdf. Acesso em: 19 jan. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROSO, V. G.; PENNA, C. M. M. Sentimento de pertencimento na constituição do vínculo em uma autogestão de saúde suplementar. **Cien Cuid Saude**, [online], v. 15, n. 4, p. 616-623, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i4.33385>. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33385>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BATISTA, L. B. [Correspondência em mãos]. Destinatário: Roberta Lima Gonçalves, Campina Grande. **Plano Anual da Rede Cegonha de Campina Grande**. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Prefeitura Municipal de Saúde de Campina Grande. Gerência de Ações Assistenciais da Rede Cegonha. 2017.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev Bras Saude Mater Infant**, [online], Recife, v. 18, n. 1, p. 5-6, jan./ mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2019.

BERNARDINO, F. E. [correspondência em mãos]. **Relatório Anual da Rede Cegonha de Campina Grande**. Secretaria Municipal de Campina Grande, 2017.

BETRÁN, A. P. et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PLoS One**, [online], v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016a.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/citation?id=10.1371/journal.pone.0148343>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BETRÁN, A. P. et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. **BJOG**, [online], v. 123, n. 5, p. 667-670, abr. 2016b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13526>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26681211>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BOHREN, M.A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Med**, [online], v. 12, n. 6, p. e1001847, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26126110>. Acesso em 15 nov. 2018.

BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças, Psicol Saude**, [online], v. 25, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7009/5608>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2018.

BRANDÃO, I. C. A. et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Rev Bras Cienc Saude**, [online], v. 16, n. 3, p. 347-352, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.03.11>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12799/8164>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016a. 55 p. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. 381 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 2 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº466/2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 5 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto no 7.508, de 18 de junho de 2011**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 15 dez. 2018

_____. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 11 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em:

http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Msg/Vep/VEP-0198-05.htm. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Série B: Textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984, 27 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 15 ago. 2016.

CALDEIRA, L. A. et al. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Rev Enferm Cent-Oeste Min**, [online], v. 7, n. 1417, p. e1417, 2017. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1417>. Acesso em: 09 out. 2018.

CALVET, G. et al. Detection and sequencing of Zikavírus from amniotic fluido f fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. **Lancet Infect Dis**, [online], v. 16, n. 6, p. 653-660, jun. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00095-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00095-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)00095-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)00095-5/fulltext). Acesso em: 03 jan. 2017.

CAMPINA DENÚNCIA. **Descaso ISEA- CG na gestão Romero**. TV Borborema, 2017. 1 vídeo (3 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=K9Y95bHDBGU>. Acesso em: 06 dez. 2017.

CAMPOS, G. S.; BANDEIRA, A. C.; SARDI, S. I. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. **Emerg Infect Dis**, [online], v. 21, n. 10, p. 1885-6. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.32301/eid2110.150847>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26401719>. Acesso em: 03 jan. 2019.

CARDOSO, C. W. et al. Outbreak of exanthematous illness associated with zika, chikungunya, and dengue viruses, Salvador, Brazil. **Emerg Infect Dis**, [online], v. 21, n. 12, p. 2274-2276, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2112.151167>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584464>. Acesso em: 03 jan. 2019.

CARDOSO, F. J. C. et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev Enferm UFPE on line**, [online], Recife, n. 11, n. 9, p. 3346-3353, set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110232/22159>. Acesso em: 16 jan. 2019.

CARNEIRO, R. G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005. Acesso em: 05 mai. 2018.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Rev Bras Promoc Saude**, [online], Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 554-563, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p554>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301>. Acesso em: 18 jan. 2019.

CARVALHO, M. S.; LEAL, M. C.; LIMA, L. D. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal. **Cad Saude Publica**, [online], v. 34, n. 8, p. e00105018, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00105018.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enferm Glob**, [online], v. 16, n. 47, p. 71-97, jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412017000300071&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2019.

CARVALHO, L. P. PNAISM e Rede Cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações socioestatais nos anos 2000. In: VIII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIENCIA POLÍTICA DA ALACIP, 2015, Monterey. **Resumos**. Disponível em: <http://files.pucp.edu.pe/sistema-ponencias/wp-content/uploads/2014/12/ALACIP-Mulher-ou-cegonha-Layla-Carvalho1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CECATTI, J. G. Crenças e credices sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro. v. 30, n. suppl 1, p. 17-47, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO01S114>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S33-S35/pt/>. Acesso em: 03 jan. 2019.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad Saude Publica**, [online], v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002602013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 nov. 2018.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**, 2016.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. **Leitos**. 2019. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp. Acesso em: 15 de março de 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Resolução CFM n. 2.144, de 17 de março de 2016**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2016. Disponível em: <http://www.portalmedico>. Acesso em 30 de julho, 2016.

COSTA, P. H. A. et al. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. **Saúde Debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 31, n. especial, p.110-121, 2013. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/277075002_A_Rede_Assistencial_sobre_Drogas_segundo_seus_proprios_atores. Acesso em: 10 mai. 2018.

COSTA, P.H.A. et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cad Saude Colet**, [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500030129>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000300245&script=sci_abstract. Acesso em: 10 mai. 2018.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRSIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 127-153 p.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. e00046316, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046316>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00046316.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, [online], v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019. Acesso em: 19 jan. 2019.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. supl 1, p. S140-S153, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020. Acesso em: 19 jan. 2019.

DOMINGUES, R. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reprod Health**, [online], v. 13, n. supl 3, p. 115, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0232-y>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0232-y>. Acesso em: 08 set. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, p. S101-S116, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saude Publica**, [online], v. 30, p. S154-268, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, [online], v.38, n. especial, p.34-52, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2018.

FERREIRA, M. H. L. [correspondência em e-mail]. **Avaliação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidade da Rede Cegonha**. Campina Grande: Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, 2019.

FERREIRA, E. R. X. et al. Associação entre região de trauma perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. **Rev Baiana Enferm**, [online], v. 32, n. e23812, p. 1-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.23812>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23812/16484>. Acesso em: 2 jan. 2019.

FIGUEIRÊDO, F. **Assistência é insuficiente para crianças com microcefalia**. Disponível em: <https://correiodaparaiba.com.br/cidades/saude-cidades/assistencia-e-insuficiente-para-criancas-com-microcefalia/>. Acesso em 2 dez. 2018.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev Bras Epidemiol**, [online], v. 20, n. supl 1, p. 46-60, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

FRANCISCO, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. **Rev Esc Enferm USP**, [online], v. 48, n. 1, p. 40-45, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700039&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

FRANCISCO, B. S. et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. **REME**, [online], v. 19, n. 3, p. 567-575, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150044>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1024>. Acesso em: 05 jan. 2019.

FREIRE, I. M. et al. Congenital Zika virus syndrome in infants: repercussions for the promotion of families' mental health. **Cad Saude Publica**, [online], v. 34, n. 9, p. e00176217, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00176217>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000906001&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 05 jan. 2019.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude Soc**, [online], São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016158633>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GOMES, M. A. S. M. Compromisso com a mudança. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, p. S17-S47, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO06S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

GOYA, N. et al. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saude Soc**, [online], São Paulo, v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016161198>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/902-919/pt>. Acesso em: 07 out. 2017.

GUIMARÃES, R. M. et al. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant**, [online], Recife, v. 17, n. 3, p. 581-590, jul./ set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000300009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-382920170003000571&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Campina Grande: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html?>. Acesso em: 10 jan. 2019.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A epistemológicos pesquisa qualitativa: enfoques e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 254-259 p.

JOÃO PESSOA (PB). Aprova o Remanejamento do município de Arara referente aos Leitos de Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, programados no próprio território e em Esperança, para o município de Campina Grande. **Resolução CIB nº 104 de 06 de novembro de 2017**. João Pessoa: 2017a. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-104-Remanejamento-Arara.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Aprova o Remanejamento do município de Lagoa Seca referente aos Leitos de Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, programados no próprio território, para o município de Campina Grande. **Resolução CIB nº 105 de 06 de novembro de 2017**. João Pessoa, 2017b. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-105-Remanejamento-Lagoa-Seca.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Aprova o Remanejamento do município de Areia referente aos Leitos de Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, programados no próprio território e em Esperança, para o município de Campina Grande. **Resolução CIB nº 106 de 06 de novembro de 2017**. João Pessoa, 2017c. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-106-Remanejamento-Areia.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Aprova a Habilitação de 03 (três) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCa, 06 (seis) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional - UCINCo nos Serviços Hospitalares S/S LTDA – CLIPSI, CNPJ 05.842.952/0001-76, CNES 2362821, serviço de referência hospitalar no atendimento à gestante de baixo risco de Campina Grande- PB. **Resolução CIB nº 161 de 06 de novembro de 2017**. João Pessoa, 2017d. Disponível em:

<http://static.paraiba.pb.gov.br/2013/02/Resolu%C3%A7%C3%A3o-161-Hab.-Leitos.-Clipsi-CG-1.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Aprova a Nova definição das Macrorregiões de Saúde no Estado da Paraíba.

Resolução CIB nº 43 de 25 de junho de 2018. João Pessoa, 2018. Disponível em:

<http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-43-Nova-definicao-da-Macrorregiao.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. Aprova o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, das quatro Regiões Prioritárias da Paraíba: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras. **Resolução CIB nº 193 de 04 de setembro de 2012.** João Pessoa, 2012. Disponível em:

<http://static.paraiba.pb.gov.br/2012/02/Resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-193-Rede-Cegonha.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS.

Cad Saude Publica, [online], Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 05 jan. 2019.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 out. 2017.

LAWN, J. E. et al. Every Newborn Study Group. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **Lancet**, [online], v. 384, n. 9938, p. 189-205, 2014. DOI:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7). Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853593>. Acesso em: 12 out. 2017.

LAWRENCE, A, et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Libr**, [online], v. 8, n. CD003934, 2013. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/abstract/es>. Acesso em: 29 mar. 2019.

LEAL, M. C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cad Saude Publica**, [online], v. 34, n. 5, p. e00063818, 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0102-](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00063818)

[311X00063818](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00063818). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n5/e00063818/pt>.

Acesso em: 05 jan. 2019.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev Bras Saude Matern Infant**, [online], Recife, v. 15, p. 91-104, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S1519-](http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008)

[38292015000100008](http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt)

[38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 out. 2017.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cienc Saude Colet**, [online], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601915&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saude Publica**, [online], v. 30, n. suppl 1, p. s17-s32, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_abstract&tlng=pt <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 05 jan. 2019.

LEMOS, A. P. et al. Saúde do Homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev Enferm UFPE online**, [online], Recife, v. 11, n. supl. 11, p. 4546-4553, nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205/25206>. Acesso em: 17 out. 2018.

LIRA, A. **Campina Grande registra 563 notificações de dengue, zika e chikungunya, diz Saúde**. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/campina-grande-registra-563-notificacoes-de-dengue-zika-e-chikungunya-diz-saude.ghtml>. Acesso em: 05 jan. 2019.

LÜDKE, M.; ANDRE, M. E. D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 2012. 99 p.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M. Reprodução feminina e saúde sob os olhares de mulheres sem filhos. **REME**, [online], v. 20, n. e971, p. 1-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160042>. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29851&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MAFFESOLI, M. **O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade**. Tradução Tereza Dias Carneiro. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno**. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record; 2007. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Resenhas.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Tradução Maria de Lourdes Menezes. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 2002. 167 p.

MAFFESOLI, M. A ética pós-moderna. **Rev Fac Educ**, [online], São Paulo, v. 17, n. 1/2, p. 194-202, jan./dez. 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-25551991000100009>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33470>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MAFRA, R. L. M.; ANTUNES, E. Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência. **Saude Soc**, [online], São Paulo, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015133744>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n3/977-990/pt>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283201000300010. Acesso em: 10 out. 2017.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; MIRANDA, H. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Saude Debate**, [online], Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-774066>. Acesso em: 10 out. 2017.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saúde Debate**, [online], Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, L. G. T. et al. Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. e00006415, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00006415>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300701&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 19 mar. 2019.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 6 fev. 2019.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. 39-64 p.

MAXIMINO, V. S. et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saude Soc**, [online], São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200435&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2018.

- MELO, A. S. O. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? **Ultrasound Obstet Gynecol**, [online], n. 47, p. 6-7, 2016a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.15831>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26731034>. Acesso em: 05 jan. 2019.
- MELO, A. S. O. et al. Congenital Zika vírus infection beyond neonatal microcephaly. **JAMA Neurol**, [online], v. 73, n. 12, p. 1407-1416, out. 2016b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.3720>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27695855>. Acesso em: 05 jan. 2019.
- MELLO, G.A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Cien Saude Colet**, [online], v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401291&script=sci_abstract&tlng=em. Acesso em: 05 jan. 2019.
- MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Cien Saude Colet**, [online], v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000100205&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf. Acesso em: 10 mar. 2018.
- MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev Fac Cienc Med Sorocaba**, [online], v. 16, n.1, p. 35 – 39, 2014. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- MENDES, R.; FRUTUOSO, M. F. P.; SILVA, C. R. C. Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social. **Saude Debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 707-717, jul./set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711403>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042017000300707&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2018.
- MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qualit**, [online], São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MONGUILHOTT, J. J. C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saude Publica**, [online], v. 52, n. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102018000100200&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**, [online], v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v18i4.1454>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122017000400099&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

MONTE, A. S. et al. Near miss materno: fatores influenciadores e direcionamentos para redução da morbidade e mortalidade materna. **Rev Rene**, [online], v. 19, n. e3182, p. 1-8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193182>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31600>. Acesso em: 05 jan. 2019.

NAKANO, A. R.; BONAN, C. TEIXEIRA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis**, [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 415-432, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000300415&script=sci_abstract&tlng=em. Acesso em: 05 jan. 2019.

NBR TV. **Microcefalia: foco do governo é destruir criadouro do Aedes Aegypti** (21 min), 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yc5ind--BCK>. Acesso em: 9 dez. 2015.

NOBREGA, V. M. et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery**, [online], v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150088>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400656&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2018.

NOGUEIRA, I. L. et al. Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. **Cien Cuid Saude**, [online], v. 10, n. 1, p. 242-247, jan./mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.242-247>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6007>. Acesso em: 05 jan. 2019.

OLIVEIRA, K. G. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 16, n. 1, p. 881-892, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 nov. 2018.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto e uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev Bras Enferm**, [online], v. 71, n. suppl 3, p. 1304-1312, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1228.pdf. Acesso em: 05 jna. 2019.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O ethose o pathos na sala de parto. **Rev Gaucha Enferm**, [online], v. 38, n. 2, p. e67761, 2017a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67761>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200413&script=sci_abstract. Acesso em: 05 jan. 2019.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, [online], v. 26, n. 2, p. e06500015, 2017b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

OMS. **Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 2014.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

PACAGNELLA, R. C. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Rev Bras Ginecol Obstet**, [online], Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, p. 501-506, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1672181>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1672181.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba**. João Pessoa, 2008. Disponível em:

<http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2018.

PARAIBA ONLINE. **Superlotação no ISEA: Secretaria de Saúde busca intervenção do Ministério Pública**. 2019. Disponível em: <https://paraibaonline.com.br/2019/02/superlotacao-no-isea-secretaria-de-saude-busca-intervencao-do-ministerio-publico/?fbclid=IwAR3bswZvNoF7KuTkj6RMrQNRTSgw0hTiCKH6zXxslo62R4kh7W8mAcIxdI>. Acesso em 10 fev. 2019.

PARAIBA ONLINE. **Prefeito de Campina entrega Centro Dia e reafirma compromissos sobre microcefalia**. 2017. Disponível em: <https://paraibaonline.com.br/2017/11/prefeito-de-campina-entrega-centro-dia-e-reafirma-compromissos-sobre-microcefalia/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg Saude Debate**, [online], Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PEREIRA, R. A. L. **O processo de Regionalização da saúde na Paraíba: um estudo interpretativo de 2008 a 2013**. Recife: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 2015.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os 1033 serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000301033&script=sci_abstract. Acesso em: 10 jun. 2018.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 154-211 p.

PONTES, M.G.A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev Cienc Saude Nova Esperanca**, [online], v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014 Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/10/v.12-n.2-2014.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

PORTAL G1. **Todos os bairros de Campina Grande estão com infestação do Aedes aegypti**. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/todos-os-bairros-de-campina-grande-estao-com-infestacao-do-aedes-aegypti-aponta-levantamento.ghhtml>> Acesso em: 12 mar. 2017.

PORTELA, M. C. et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cad. Saude Publica**, [online], v. 34, n. 5, p. e00072818, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00072818>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

POUPART, J. Entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 154-211 p.

RAISANEN, S. et al. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int J Gynaecol Obstet**, [online], n. 115, p. 26-30, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.008>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767841>. Acesso em: 10 jan. 2019.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLoS One**, [online], v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 10 fev. 2019.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413->

81232017224.26552016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401045&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2019.

REIS, T. R. et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaucha Enferm**, [online], Porto Alegre, v. 36, n. especial, p. 94-101, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 mar. 2019.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual Regional. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002401075&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2018.

RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod Clim**, [online], v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23360/1/2017_art_facrodrigues.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, [online], v. 19, n. 4, p. 614-520, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2018.

RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. et al. Theoretical assumptions of Maffesoli's sensitivity and problem-based learning in nursing education. **Rev Lat Am Enfermagem**, [online]. V. 22, n. 3, p. 504-510, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3065.2444>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292623/>. Acesso em 26 mai. 2015.

ROY, M. E. R.; MORENO, A. C.; JIMENO, J. F. Las posturas de lamujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. **Medicina naturista**, [online], v. 8, n. 1, p. 23-30, 2014. Disponível em: <file:///E:/qualifica%C3%A7%C3%A3o%20janeiro/categoria%20parto/2014%20a%20postura%20da%20mulher.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Cienc Saude Colet**, [online], v. 22, n. 4, p.1281-1289, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401281&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2018.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. MARBA, S. T. M. et al. **Nascimento Seguro**, 3 abr. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/nascimento-seguro/>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SCARTON, J. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev Gaucha Enferm**, [online], v. 36, n. especial, p. 143-151, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000500143&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jun. 2016.

SCHERER, C. I. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração. **Saude Debate**, [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 233-46, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/233-246/en/>. Acesso em: 29 dez. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. **Plano municipal de saúde de 2014 – 2017**, 2014. 99 p.

SEGATA, J. A doença socialista e o mosquito dos pobres. **Illuminuras**, [online], Porto Alegre, v. 17, n. 42, p.372-389, ago./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.22456/1984-1191.69998>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/69998>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SEIXAS, C.T. et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado em salud: una experiência del Sistema Único de Saluden Brasil. **Salud Colectiva** [online], v. 12, n. 1, p. 113-123, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 jul. 2018.

SERRUYA, S. J. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. sup17-47, p. s36-s37, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO03S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0036.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SILVA, K. L.; MOEBUS, R. L. N.; FERREIRA, V. L. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed, Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F. A.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiências em morbidade maternal grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. **Rev Bras Enferm**, [online], v. 69, n. 4, p. 618-624, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690407i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0662.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SINGATA, M.; TRAMMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Libr**, [online], n. 1, p. 1-59, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub2>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175539/>. Acesso em 20. nov. 2018.

SOLANO, L. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, [online], v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3270>. Acesso em: 09 mai. 2018.

STENBERG, K. et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. **Lancet**, [online], v. 383, n. 9925, p. 1333-1354, 12 abr. 2014. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62231-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62231-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62231-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62231-X/fulltext). Acesso em: 08 mar. 2017.

STAPLES, J. E. et al. Interim guidelines for the evaluation and testing of infants with possible congenital Zika Virus infection – United States, 2016. **MMWR Recomm Rep**, [online], v. 65, n. 3, p. 63-67, jan. 2016. Disponível em:
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e3.htm>. Acesso em: 09 mai. 2018.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [online], v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 09 mai. 2018.

TEIXEIRA, M. G. et al. The Epidemic of Zika Virus–Related Microcephaly in Brazil: Detection, Control, Etiology, and Future Scenarios. **Am J Public Health**, [online], v. 106, n. 4, p. 601-605, abr. 2016. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303113. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816003/>. Acesso em: 09 mai. 2018.

TOLEDO, S.F. et al. Cesarean on request. **Rev Assoc Med Bras**, [online], v. 61, n. 4, p. 296-307, 2015. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.61.04.296>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n4/0104-4230-ramb-61-04-0296.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saude Publica**, [online], v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 mai. 2018.

TRINDADE, S. C. et al. Condição bucal de gestantes e puérperas no município de Feira de Santana, em três diferentes períodos entre os anos de 2005 e 2015. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, p. e2017273, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300009>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000300305&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 3 fev. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2013.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals**. New York: UN, 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>. Acesso em 16 set. 2016.

UNFPA. UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability**. New York: UNFPA, 2012.

Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH20fact%20sheet-Poormother.pdf>. Acesso em 16 set. 2016.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. Disponível em:

https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesqui_saintegra.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

VIANA, M. E. R. et al. O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam. **Cultura de los**

Cuidados. v. 19, n. 41, 2015. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.41.16>. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46621/1/Cultura-Cuidados_41_16.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

VICTORA C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**,

[online], v. 377, n. 9780, p. 1863-1873, 2011. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Cienc**

Saude Colet, [online], v. 18, n. 1, 181-190, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 mar. 2019.

VIELLAS, E.F. et.al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. sup S85-S100, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. Acesso em: 03 mar. 2018.

WHO. World Health Organization. **Situation report: zika virus, microcephaly, guillain-barré syndrome**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252533/1/zika_sitrep15Dec2016-eng.pdf?ua=1. Acesso em 5 jan. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Millennium Development Goals (MDGs)**.

Genebra: WHO, 2015. Disponível em: Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>. Acesso em> 16 set. 2016.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Tradução: Daniel Bueno. Revisão

Técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016. 313 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZIKA. **Publicado por Vozes da Igualdade**. São Paulo: Itinerante Filmes, 2016 (29 min).

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=m8tOpS515dA>. Acesso em 15 jul. 2016.

ZANLUCA, C. et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, [online], v. 110, n. 4, p. 569–572, jun. 2015. DOI:

2015.<http://dx.doi.org/10.1590/0074-02760150192>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762015000400569. Acesso
em: 03 mar. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE IA - ROTEIRO DE ENTREVISTAS - Usuárias

Data: __/__/____ Entrevista n°: ____ Hora do início: _____ Hora do término: _____

Idade: __ Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Renda mensal familiar média: _____

N° de filhos: _____ Gestante: () Não () Sim, quantas consultas de pré-natal? _____

- 1) Como você descreveria a maneira que você é atendida? Como você se sente?
- 2) O que você pensa sobre esse atendimento?
- 3) Conte para mim algumas situações que possam descrever seu atendimento ou do seu (a) filho (a).
- 4) Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE IB - ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissionais de saúde

Data: ___/___/___

Entrevista n°: ___ Hora do início: _____ Hora do término: _____

Idade: ___ Sexo: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Tempo de formado: _____ Especialização: _____

- 1) Descreva as atividades que você desenvolve na Rede Cegonha.
- 2) Como é feita a comunicação entre os níveis de atenção para que a mulher seja acompanhada no período gravídico puerperal?
- 3) Como você vê a organização da rede cegonha no município?
- 4) Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE IC - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – Gestores

Data: ___/___/_____

Entrevista n°: ___ Hora do início: _____ Hora do término: _____

Idade: ___ Sexo: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____

Tempo de formado: _____

Especialização: _____ Cargo: _____ Como foi indicado para o cargo: _____

- 1) Como você vê o atendimento da rede cegonha no município?
- 2) Como são organizados os serviços e as ações de saúde para a rede cegonha ser operacionalizada?
- 3) Existem demandas que a rede cegonha do município precisa encaminhar a outros municípios?
Se sim, quais e por quê? Fale um pouco a respeito.
- 4) Quais são os aspectos diferenciais na Rede Cegonha considerando ao que tem sido proposto pelas políticas públicas de saúde da mulher e da criança antes de sua implantação?
- 5) Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE II - DIÁRIO DE CAMPO**Pesquisa: O PRESCRITO E O COTIDIANO DA REDE CEGONHA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE PARAIBANO****Pesquisadora: Roberta Lima Gonçalves**

Data: ____/____/____

Local: _____

Período de observação: ____: ____ às ____: ____

- Pontos a serem observados:

- Local, diálogos/escutas, conversas informais e comportamentos.

- Impressões da pesquisadora:

- Notas de reflexão:

APÊNDICE IIIA - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuárias)

Convido a senhora a participar da pesquisa intitulada “**O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do Agreste Paraibano**”. Trata-se da tese de doutorado de Roberta Lima Gonçalves, sob responsabilidade da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Essa pesquisa tem por objetivo compreender a integralidade no cotidiano da atenção materna e infantil no contexto da Rede Cegonha, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre a maneira como você e seu filho são atendidos, o que você pensa sobre esse atendimento. Se você permitir, suas respostas serão gravadas para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender como os serviços da Rede Cegonha se articulam para atendê-la e como está sendo o atendimento dispensado pelos profissionais a senhora. As suas informações são muito importantes para a pesquisa, com possíveis benefícios, visto que poderão subsidiar futuramente a elaboração de estratégias que ofereçam serviços à mulher e a criança com mais centralidade em suas necessidades de saúde, melhorando assim a qualidade na assistência prestada.

Como pode ver os riscos de participação são mínimos e caso você se sinta constrangido em dar respostas, afirmo que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídos. Você deve saber que em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, tanto pessoalmente como no telefone indicado abaixo, e pode retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento ou de seu filho. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)³, onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Msc. Roberta Lima Gonçalves

Doutoranda da Universidade Federal de Minas Gerais

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__

Assinatura do (a) participante da pesquisa: _____

³ Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG(COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.Tel: (31) 3409-4592.

Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem – UFMG.

Roberta Lima Gonçalves Tel: (83) 987861977. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

APÊNDICE IIIB - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

Convido o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada “**O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do Agreste Paraibano**”. Trata-se da tese de doutorado de Roberta Lima Gonçalves, sob responsabilidade da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Essa pesquisa tem por objetivo compreender a integralidade no cotidiano da atenção materna e infantil no contexto da Rede Cegonha, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meioentrevista individual e análise documental. Assim, você responderá questionamentos sobre as atividades que você desenvolve na Rede Cegonha; como é feita a comunicação entre os níveis de atenção para a mulher acompanhada no período gravídico puerperal; como você vê a organização da rede cegonha no município. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender no cotidiano, suas práticas e como os serviços da Rede Cegonha se articulam para assistir a mulher no planejamento reprodutivo, no período gravídico puerperal e ao seu filho desde o nascimento até dois anos de idade.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

(COEP/UFMG)⁴, onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Msc.Roberta Lima Gonçalves

Doutoranda da Universidade Federal de Minas Gerais

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__

⁴Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG(COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.Tel: (31) 3409-4592.

Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem – UFMG.

Roberta Lima Gonçalves Tel: (83) 987861977. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

APÊNDICE IIIC- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)

Convido o senhor (a) a participar da pesquisa intitulada “**O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do Agreste Paraibano**”. Trata-se da tese de doutorado de Roberta Lima Gonçalves, sob responsabilidade da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Essa pesquisa tem por objetivo compreender a integralidade no cotidiano da atenção materna e infantil no contexto da Rede Cegonha, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meioentrevista individual e análise documental. Assim, você responderá questionamentos sobre como você vê o atendimento da Rede Cegonha no município; como são organizados os serviços e as ações de saúde para que esta rede seja operacionalizada; quais demandas que a Rede Cegonha do município precisa encaminhar a outros municípios; quais os aspectos diferenciais desta rede considerando o que tem sido proposto pelas políticas públicas de saúde da mulher e da criança antes da implantação da Rede Cegonha.

Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição se assim o desejar. Espera-se que esta pesquisa possa compreender a integralidade no cotidiano da Rede Cegonha, bem como sua organização, funcionamento e/ou operacionalização no município e assim fornecer informações que contribuam na efetivação desta rede.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

(COEP/UFMG)⁵, onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Msc.Roberta Lima Gonçalves

Doutoranda da Universidade Federal de Minas Gerais

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__

Assinatura do (a) participante da pesquisa: _____

⁵Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG(COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.Tel: (31) 3409-4592.

Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem – UFMG.

Roberta Lima Gonçalves Tel: (83) 987861977. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

APÊNDICE IV – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

“CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO”

Roberta Lima Gonçalves⁶, Cláudia Maria de Mattos Penna⁷

RESUMO

Objetivo: Desvelar as cenas cotidianas vivenciadas nos serviços de saúde que compõem a Rede Cegonha. Método: Estudo de caso de abordagem qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2017, por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas e observação não participante com os atores sociais envolvidos na Rede Cegonha de um município paraibano. Foram realizadas a triangulação dos dados e a análise de conteúdo temática. Resultados: Identificaram-se duas categorias: Quem entra na Rede Cegonha? Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência. Evidenciou-se a produção criativa e dinâmica da Rede Cegonha pelos atores sociais, que constroem os caminhos a serem trilhados na busca do cuidado, bem como identificaram-se as lacunas do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico que podem comprometer o cuidado. Conclusão: A Rede Cegonha é (re)construída cotidianamente pela socialidade presente entre os atores sociais dos serviços de saúde que ofertam cuidados materno e infantil.

DESCRITORES: Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; Assistência integral à saúde; Saúde materno-infantil; Serviços de saúde materno-infantil; Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

No Brasil o enfoque de integração dos serviços em rede foi contemplado institucionalmente na Constituição Federal, ao determinar que as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. No entanto, por mais de duas décadas, o SUS permaneceu caracteristicamente fragmentado e sem dar respostas satisfatórias às mudanças epidemiológicas que ocorreram na saúde da população brasileira.

Nesse sentido, em 2010 o Ministério da Saúde propôs um desenho organizativo para o SUS, denominado de Rede de Atenção à Saúde (RAS), que visa à integralidade e a superar a fragmentação do sistema, promovendo interações regionais que garantam a oferta de ações e serviços de saúde aos usuários sob sua responsabilidade.¹ Para isso, os pontos de conexão da rede precisam estar articulados para um cuidado contínuo, ordenado e coordenado pela Atenção Primária à Saúde – APS.²

⁶Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Unidade Acadêmica de Enfermagem. Campina Grande, PB - Brasil

⁷Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor correspondente: Roberta Lima Gonçalves. *E-mail:* berttalima@gmail.com

Algumas áreas foram consideradas prioritárias devido a critérios epidemiológicos, como é o caso da Rede Cegonha, que almeja, dentre seus objetivos, a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência obstétrica, para a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. Isso inclui ações no pré-natal, parto, puerpério, planejamento reprodutivo e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 24 meses. Além disso, a Rede Cegonha tem princípios e diretrizes que orientam o cuidado à mulher e que colocam em pauta o enfoque de gênero, a promoção da equidade, o respeito aos direitos humanos e a diversidade cultural, étnica e racial e, ainda, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, tanto para as mulheres quanto para os homens.³

Contudo, esta estrutura normativa complexa que norteia a Rede Cegonha não deve ser observada apenas no contexto macropolítico, pois este não contempla a diversidade presente na dimensão micropolítica das experiências cotidianas.⁴ Ademais, todas as RAS visam em sua composição e execução à integralidade e, portanto, necessitam ser vistas como redes vivas, em movimento e com potências criativas, por terem em seu interior redes de territórios existenciais, com relações que são produzidas em ato, no caminhar dos atores sociais quando buscam e/ou promovem o cuidado.⁵

Entretanto, ainda são escassos estudos que envolvam essa rede temática para compreender melhor as nuances cotidianas do cuidado materno e infantil. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo desvelar as cenas cotidianas vivenciadas nos serviços de saúde que compõem a Rede Cegonha de Campina Grande/PB.

MÉTODOS

O estudo é de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, originado de uma tese de doutorado. A abordagem qualitativa permite capturar, por meio das visões e perspectivas dos participantes, os significados dados a fatos da vida real, na qual o cotidiano da Rede Cegonha se insere.⁶ Fez-se a escolha de lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano, fundamentada em Michel Maffesoli, por captar as minúcias do cotidiano e permitir descrever o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir a pluralidade das visões dos diferentes atores envolvidos.⁷

Optou-se pela estratégia metodológica de Estudo de Caso Único, por ser adequada ao estudo de um fenômeno social contemporâneo inserido em seu contexto de vida real e por ter a potencialidade de unir diferentes métodos de coleta de dados que, associados, permitem uma

apreensão mais aprofundada das atitudes e ações que constroem e fortalecem a Rede Cegonha.⁸

O estudo foi desenvolvido em Campina Grande/PB, nos serviços que integram regionalmente a Rede Cegonha nos três níveis de atenção, que compreendem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as três maternidades. Para escolha das UBS foram realizados sorteios que definiram a sequência de realização. Com relação às maternidades, todas foram contempladas.

A amostra constituiu-se pelos atores sociais que vivenciam o cotidiano na Rede Cegonha: usuárias, profissionais de saúde e gestores. Como critérios de inclusão das usuárias consideraram-se: usuárias que foram acompanhadas em alguma fase do ciclo gravídico puerperal, com pelo menos quatro consultas de pré-natal, o que representa o mínimo necessário para um atendimento de qualidade;⁹ usuárias que tenham parido pelo menos um filho desde 2012 (que foi o ano de implantação da Rede Cegonha em Campina Grande); usuárias do planejamento reprodutivo há pelo menos seis meses nas UBS ou do serviço de referência do município.

Quanto aos profissionais de saúde, foram incluídos os que estavam em atividade e tinham o tempo de atuação de pelo menos um ano exercendo as atividades na Rede Cegonha, por se considerar ser este um período suficiente de vivência no cotidiano desta rede. Em relação aos gestores, por serem informantes-chave, foram convidados em sua totalidade. Nesta perspectiva, o critério de saturação¹⁰ foi utilizado apenas para delinear a amostra referente aos segmentos de profissionais de saúde e usuárias.

Assim, a amostra totalizou 58 participantes, sendo, destes, 15 usuárias, 31 profissionais de saúde e 12 gestores, identificados, em respeito ao anonimato, por um código de acordo com o segmento a que pertencem, seguido de um número sequencial conforme o momento da entrevista. Ou seja, US para usuária, PS para profissionais de saúde e G para gestores.

A coleta de dados foi realizada mediante autorização dos sujeitos participantes. Procedeu-se por análise documental, observação (Notas de observação – NO) e entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado específico para cada grupo, e estas duas últimas técnicas ocorreram simultaneamente. Nesta perspectiva, todos os dados empíricos foram triangulados, permitindo ao pesquisador o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, produzindo maior profundidade da análise.⁸ De posse do material, realizou-se a análise de conteúdo temática conforme Bardin.¹¹

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer 2.054.087. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando interesse em participar do estudo, logo após terem sido informados e esclarecidos sobre o mesmo.

RESULTADOS

As cenas cotidianas da Rede Cegonha permitem compreender os serviços de saúde como *locus* de socialidade, onde permeiam pluralidades de afetos, sentimentos, trocas, laços e expressões. Desta forma, para além da moral estreita do “dever-ser”, os dados desvelam a dinamicidade dos atores sociais tecendo essa rede temática, onde são apresentados por duas categorias de análise, a saber: Quem tece na Rede Cegonha?; e Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência.

Quem tece na Rede Cegonha?

Os achados indicam que, no cotidiano da assistência materna e infantil, a porta de entrada para acessar os serviços de saúde e obter o cuidado é frequentemente escolhida pelas usuárias.

Tava com a garganta inflamada e eu trouxe ela (a filha) pra essa médica (da UBS), mas ela me atendeu assim meia, só olhou assim, olhou por cima, disse que ela (a filha) não tava com a garganta inflamada e mandou eu dar dipirona. A bactéria se instalou na garganta e a landra cresceu, virou um caroço. Aí fui pro hospital (urgência pediátrica), ela (a filha) ficou uma semana lá, internada. Teve alta, [...] ela (a médica do hospital) passou (o antibiótico) pra eu dar em casa mais uma semana. Não cedeu o caroço. Fiquei apavorada! Eu voltei lá por conta própria, a médica olhou pra mim e disse: “Continue o antibiótico mais cinco dias.”, e mandou eu ir pro HU (Hospital Universitário) marcar pro especialista. Só que eu tava desesperada! Aí eu me lembrei de uma pediatra que ela foi muito boa, era bem boa e dedicada na semana que ela ficou internada, e eu procurei ela por conta própria, eu subi no hospital (de urgência pediátrica) sem ninguém me vê e fui lá e achei essa pediatra e falei com ela: Doutora, pelo amor de Deus me ajuda! Ela me encaminhou pra uma amiga (médica) dela, ligou pro HU (Hospital Universitário) e conseguiu uma vaga [...]. Tirou o caroço, fez a biopsia, não deu nada. Aí voltei lá, mostrei à médica (da urgência pediátrica), por conta própria também, porque não podia! (US II)

Os dados descrevem o caminho percorrido em busca do cuidado. No início do problema de saúde de sua filha buscou a APS, entretanto, a médica “olhou por cima”, não lhe dando a devida atenção. Além disso, referiu, ao término da entrevista, que as coisas são muito

difíceis, por isso, com a evolução do “caroço” na filha não retornou à médica da UBS, porque lá o atendimento ocorre somente por agendamento, ou quando a criança está febril, e isso demandar-lhe-ia mais tempo, já que compreendia que sua demanda não se encaixaria nestes fluxos de atendimento previstos pela UBS.

Assim, a ausência de resolutividade na APS e a necessidade de saúde percebida pela usuária em relação à sua filha a impulsionaram a assumir o protagonismo e a gestão pelo cuidado em busca do acesso e do consumo dos serviços de saúde. Neste percurso, as relações afetuais estabelecidas entre a usuária e a médica do hospital de urgência pediátrica também foram relevantes para o desfecho positivo, pois ela foi referência quanto a um bom atendimento durante o primeiro internamento e se solidarizou com o pedido de ajuda, operacionalizando a continuidade do cuidado da criança com a especialista.

Outros achados demonstram as escolhas das usuárias em relação ao local do parto. No município existe um mapa que vincula as gestantes às maternidades, de modo que todo distrito sanitário do Município de Campina Grande/PB tem a maternidade de referência para as parturientes. Na prática, no entanto, as usuárias relataram como faziam suas escolhas:

Vou pra [M2] mesmo. [...] É e porque o pessoal daqui [da comunidade] fala muito bem. (US 3)

Eu quero ir pra M1, porque meus outros dois foram lá e eu gostei. (US 15)

A determinação da Secretaria Municipal de Saúde em direcionar as gestantes às maternidades não tem tido êxito. As escolhas pessoais e a opinião de outros membros da comunidade em que as mulheres estão inseridas são os fatores que norteiam os caminhos em busca do cuidado para o parto e nascimento.

Do mesmo modo, as mulheres também escolhem os serviços para o cuidado durante o pré-natal. Os profissionais de saúde e gestores relataram outras situações elaboradas pelas usuárias, em que isso ocorre.

A gente tem muita gestante que vem assim, se agregar junto à família. Mora em outro lugar e vem pra dentro da casa [...] de alguém da família. Dá o endereço e se cadastra pra fazer o pré-natal. (PS 18)

É engraçado [risos], mentem [...]. Eu descobri quarta-feira uma mulher de [cidade vizinha], mas deu o endereço da cunhada, pertinho da unidade, só pra ficar na unidade, [...] ela fala, parece que mora na área, dá até detalhes do lugar! (G 6)

As mulheres usam de criatividade, para garantir o cuidado pela APS de Campina Grande/PB. Criam “máscara da astúcia” e do “duplo jogo”, simulando residir em localidades

de cobertura das equipes de saúde, ou mesmo passando a morar nas casas de familiares residentes nestes locais.

Nos achados, é possível captar os movimentos territoriais que as mulheres realizam em busca do pré-natal, tanto no município foco deste estudo, quanto em cidades circunvizinhas. Alguns motivos para que isto ocorra podem ser destacados:

Quem mora numa dessas casas, onde foi terreno de invasão, é meio que sem unidade de referência. [...] então, elas se autoreferenciam pra cá [...]. Outras gestantes também, que vinha fazer o pré-natal com a gente porque, como sabem que a equipe tá, sempre é a mesma equipe, né, já temos [...] um elo com a comunidade onde ela acredita no nosso trabalho. (PS 18)

[...] Algumas [gestantes] saíram daqui [do bairro] e não se adaptam com outra equipe. (PS 14)

Nos relatos é possível captar que as relações afetuais, o vínculo e a confiança existentes no cotidiano eram determinantes para a escolha do local e dos profissionais de saúde para realizarem o pré-natal. Ademais, outras usuárias, pelo sentimento de pertença à comunidade e à equipe de saúde da família, retornavam às localidades em que já haviam residido para garantir a assistência.

Ressalta-se que o Município de Campina Grande/PB tem mais de 90% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e, mesmo nas localidades descobertas, existe um Centro de Saúde de referência, para atender as usuárias e seus filhos. Entretanto, durante a entrevista, a PS18 afirmou que as gestantes preferiam tentar se inserir em algum serviço que fosse mais próximo, que nem sempre era o Centro de Saúde, como era o caso das gestantes que residiam no terreno de invasão próximo à sua UBS.

Os relatos descrevem a postura dos profissionais de saúde frente aos agenciamentos das mulheres para conseguirem atendimento:

[...] até que a prefeitura faça um remapeamento, cadastre [...] mais equipes, [...] a gente não pode deixar esse povo sem atendimento, a gente não tem coragem de dizer um não. (PS 18)

Eu tenho uma que fiz o pré-natal da nora, [...] e agora a sogra [...] morando do outro lado e já me pediu [...]. Então, assim, eu não tenho como dizer não [risos]. [...]. Então, criou vínculo, a gente é referência. [...]. Então a gente dá um jeitinho e acolhe [...]. (PS 14)

Os resultados indicam que, independente dos motivos das usuárias para procurarem os profissionais de saúde, estes também se sentiam vinculados e não se limitavam aos desenhos postos pela territorialização, que nesses casos poderiam ser excludentes. Evidencia-se, desta

forma, que os profissionais assumiam uma postura ética, acolhedora e responsabilizavam-se pelo cuidado.

A socialidade construída cotidianamente no território flexibiliza-o, demonstrando que, para além da questão geográfica que orienta a RAS e a APS, a delimitação territorial não enclausurou as práticas dos profissionais, pois estes, mesmo inseridos em serviços do SUS e, portanto, com normas a cumprir, têm, de certa forma, autonomia e gestão do cuidado que devem prestar.

Cenas cotidianas: o (des)cuidado em evidência

Nesta pesquisa notou-se que o acesso para as mulheres e seus filhos era facilitado na APS. Em todas as UBS visitadas, havia turnos específicos para atendimento a esse público, porém eram flexibilizados se houvesse procura espontânea. Entretanto, o enfoque era dado com mais relevância às mulheres no período gestacional e às crianças até 12 meses de vida, sendo tímidas e/ou inexistentes as ações em outras fases da vida da mulher e da criança.

No âmbito da saúde no Brasil, a Rede Cegonha foi inicialmente implantada nos municípios que tinham altos indicadores de mortalidade materna e infantil, como é o caso de Campina Grande/PB. Desde então, houve inegáveis avanços que podem ser observados na área materna e infantil e que estão sendo importantes, para todas as cidades que dependem da assistência obstétrica deste município. Houve reativação do Comitê de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil, melhoria na ambiência das maternidades, implantação da triagem obstétrica com classificação de risco e um avanço no aparato tecnológico com a inauguração da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna e aumento dos leitos da UTI neonatal.

Em contrapartida, fora dos cenários em que o parto ocorre, essas mudanças tiveram pouco eco. Ao serem questionados sobre a assistência prestada e/ou recebida na Rede Cegonha, os atores sociais posicionaram-se de diferentes formas. Os fragmentos descrevem alguns obstáculos para o cuidado.

Levaram nosso sonnar hoje, [...] éramos três equipes. Uma [equipe] se mudou essa semana, aí levou o sonnar que nós tínhamos. E, aí, a enfermeira foi lá buscar hoje [...]. E aí já levou. Tá complicado [risos]! Não vou comprar um sonnar para trabalhar! (PS 15)

Vixe! Aí é que tá meu calo! Pra você ter uma ideia, só consegui um sonnar [...] então, assim, vou dar a uma unidade que está com a situação bem precária [localizada na área rural], que

está há mais de quatro meses sem um sonnar, não é brincadeira não! [...] eles [os profissionais de saúde] cobram, né, e com razão! (G 6)

É possível captar que existe uma situação conflituosa que causava indignação nos atores sociais com a questão da falta do *sonnar*, que é um equipamento essencial na avaliação da vitalidade fetal. Para lidar com essa situação, os atores sociais apontaram estratégias para conseguirem auscultar os batimentos cardíofetais, como pegar emprestado o *sonnar* de outra equipe de saúde da mesma UBS, ou ainda, de outro serviço, tendo que devolvê-lo após o uso.

No ambulatório de pré-natal de alto risco, que recebe mulheres de todo o Estado da Paraíba, foi possível observar a logística de compartilhamento desse equipamento. As consultas médicas aconteciam simultaneamente em alguns consultórios e o *sonnar* ficava sendo transportado por funcionários da recepção ou por alunos estagiários de medicina que estavam sob preceptoria dos obstetras. Observou-se que isso atrasava o atendimento, gerando mais espera das gestantes, enquanto aguardavam a consulta no local, bem como das gestantes encaminhadas pela APS de Campina Grande e de outros municípios do interior do estado, que frequentemente aguardavam mais de um mês para conseguir a primeira consulta com o obstetra (NO1).

Um dos gerentes de distrito sanitário falou sobre a falta desse insumo e reconheceu que era uma lacuna no cuidado à gestante em suas UBS, quando disse: "Vixe! Aí é que tá meu calo!" e "eles cobram, né, e com razão!". Desta forma, por ter conseguido apenas um *sonnar*, o mesmo priorizava uma UBS de uma comunidade mais distante e com nível socioeconômico mais baixo.

Os resultados apontam como se dava a oferta cotidiana de outros itens que também fazem parte do cuidado durante o pré-natal.

A gente tem problema com medicação, muitas vezes falta [...] algumas compram, outras já relatam durante a consulta que não têm condições nenhuma de comprar. (PS 3)

A gente tem dificuldade de marcar exames mais específicos, como sorologias, [...] e também demora muito a marcar as ultrassonografias obstétricas. (PS 4)

Nosso laboratório tá fechado vai fazer um ano. Aí, isso é muito... é frustrante pra gente, sabe? [...] elas realizam [em Campina Grande], pelo menos um, mas você sabe que são três. Mas elas tentam. (PS 17)

Eu tinha muita dor de dente, sofri muito a gravidez dele todinha [...] aí vinha e não dava jeito, dizia que não tinha anestesia para o dente, aí eu fui, disse: Quer saber de uma história, eu não vou mais não! Aí não vim mais [fazer o pré-natal]. (US 7)

O cenário da Rede Cegonha evidencia as fragilidades do sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico), pois não são ofertados insumos, medicamentos e exames oportunamente e de acordo com as necessidades das mulheres. A maioria destas não têm condições financeiras para comprar as medicações e/ou realizar os exames e procedimentos fora da rede pública de saúde, o que pode até desmotivar as mulheres a realizarem o pré-natal. Na zona rural, a situação de carência financeira das usuárias é ainda maior, e acrescenta-se a esta dificuldade o fato de as usuárias terem que pagar o deslocamento à cidade para realizar a coleta.

Os gestores municipais falaram a respeito da oferta dos mesmos itens, mas expuseram uma visão contrária à dos profissionais de saúde. Com respostas curtas e objetivas, observou-se que, nesses momentos, os entrevistados desviavam o olhar em relação à pesquisadora para os lados e para baixo (NO 2).

Em relação aos insumos a gente não tem problema, né, a gente garante essa questão, certo, dos insumos e medicamentos que são importantes. (G 10)

Todos os exames que se fizerem necessários na gestante serão realizados. (G 12)

Foi possível apreender que os gestores omitiam a informação referente às lacunas no sistema de apoio. Além disso, os profissionais afirmaram que a gestão municipal estava ciente dessas fragilidades. A omissão dos gestores pode ter relação com os cargos comissionados que ocupavam e por terem receio de se exporem frente à administração municipal de saúde, apontando as lacunas.

A passividade da gestão frente à problemática era percebida pelos profissionais de saúde, o que torna o tema “sistema de apoio” permeado de ruídos, porém cotidianamente estes inventavam estratégias para lidar com as lacunas.

A médica da gente recebe muita amostra grátis, tem um armariozinho bem ajeitadinho, aí, de repente, quando pega uma dessas que não pode de jeito nenhum, ela já dá. Se for eu que vou prescrever e não tem aqui, a gente vai lá e, assim, faz uns ajeitados, sabe [risos]. (PS 10)

Quando a gente vê que é a questão financeira [a dificuldade em realizar o exame], aí a gente vai por ali, por aqui: Olhe, a gente te arranjou isso aqui. (PS 9)

Os dados revelam que, apesar das dificuldades cotidianas com carência de recursos básicos para prestar o cuidado durante o pré-natal, os profissionais de saúde se solidarizavam

com as usuárias mais carentes e tentavam, dentro das possibilidades, minimizar as lacunas, mesmo que provisoriamente. Essa postura profissional pode contribuir para a ausência de relatos das usuárias sobre os itens mencionados do sistema de apoio.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a Rede Cegonha é “tecida” cotidianamente nos encontros e nos agenciamentos entre os atores sociais, demonstrando o potencial criativo que cada um destes tem, quando viabiliza o cuidado, mesmo diante de adversidades.

As usuárias mostraram-se produtoras da Rede Cegonha e protagonistas do cuidado de si e dos seus filhos ao fazerem suas escolhas em relação aos serviços e aos profissionais de saúde. Desta forma, a lógica instituída de organização da rede, na qual a ordenação e a coordenação do cuidado são conduzidas pela APS² não foi efetivada, por não possibilitar a continuidade de cuidado.

Neste contexto, ao lançar-se na rede de serviços de média e alta complexidade que atendem as crianças do município, a US 11 iniciou a construção do mapa de cuidado de sua própria rede. Ou seja, sob a lógica das necessidades de saúde de sua filha e dentro dos limites e das possibilidades dos serviços e dos fazeres dos profissionais de saúde, a usuária criou todos os caminhos e conexões necessárias para ter a resolutividade.¹²

Essa trajetória foi possível, porque existe o conhecimento empírico cotidiano de cada pessoa e do coletivo que não pode ser dispensado, pois é o que determina o “saber-viver”, “saber-dizer” e “saber-fazer” a escolha dos serviços e dos profissionais em busca do cuidado. Ademais, as atitudes evidenciam que, no “espaço vivido”⁷ no serviço de urgência pediátrica, a integralidade se materializou na atenção prestada, no qual o cuidado foi coordenado para fluir de forma sistêmica.¹³ Isso reforça a compreensão de que, na perspectiva de RAS, todos os serviços são importantes na coordenação do cuidado.¹⁴

De igual importância, para abreviar o tempo de resolutividade do caso, foi o fato de a profissional do serviço de urgência pediátrica não permitir que a usuária e sua filha iniciassem mais uma vez a peregrinação na rede de serviços. Ao estabelecer contato com uma amiga especialista, a atitude dessa profissional tornou-se potente produtora de rede, por proporcionar fluxos e conexões entre serviços, trabalhadores e a usuária.¹⁵

Outros achados também indicam a imprevisibilidade dos caminhos a serem seguidos pelas mulheres quando buscam o cuidado. Em relação ao parto, as usuárias eram motivadas a escolherem as maternidades mediante critérios pessoais e, principalmente, pela opinião da comunidade em que estavam inseridas. No que diz respeito ao pré-natal, as mulheres usavam

“máscaras sociais”¹⁶ para garantir o cuidado quando não pertenciam ao território geográfico dos profissionais de saúde em que desejavam o atendimento.

Maffesoli^{16:122} argumenta que as “máscaras” e “duplo jogo” nos ensinam que o espetáculo é parte integrante da vida social, não é organizado em função dos outros, mas em função do próprio ator”. Apesar disso, não podem ser compreendidos como falsidade, mas como possibilidade de proteção¹⁷ da saúde.

As máscaras assumidas nas relações do dia a dia são necessárias no cotidiano, onde o que impera é a “ética do instante, no aqui e agora”.^{7:231} Por isso, o desejo e a necessidade percebida pela usuária de iniciar o pré-natal é o que determina o modo de agir para conseguir o atendimento, e esta “teatralidade é o que constitui a própria trama da vida cotidiana”.^{7:187}

As usuárias confiavam e se sentiam vinculadas aos profissionais de saúde e esses aspectos são construídos nos espaços de “estar-junto” no cotidiano, o que é permeado por afetos, sentimentos e que servem como “cimento social” na socialidade presente nos serviços de saúde.¹⁸

Nessa perspectiva, este processo relacional que contribui para o vínculo ocorre de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos.¹⁹ Sendo que a natureza da relação estabelecida é que dita o tipo de vínculo constituído e o seu potencial para desenvolvimento de ações de saúde.¹⁵

Outros dados demonstram que os profissionais de saúde também se sentiam vinculados às usuárias, mesmo pertencendo a outro território geográfico. Desta forma, quando os profissionais de saúde se responsabilizavam pelo cuidado das mulheres de outras áreas, reconheciam os territórios existenciais que movem cada uma delas a distâncias maiores, mediante suas escolhas e modos de produzir sua vida. Assim, compreende-se que a rede de cuidados que se forma é viva e potente, por estabelecer conexões de territórios e permitir que as usuárias não tenham subtraídas as possibilidades de assistência.²⁰ Trata-se, portanto, de o profissional de saúde colocar a centralidade das práticas de cuidados nas demandas e necessidades das pessoas e ressignificar, a partir daí as normas instituídas.²¹

No cotidiano dos serviços de saúde existem “sentimentos, afetos e conversações que constituem a trama social gradativamente”,^{16:61} que podem não ser visíveis aos formuladores de políticas públicas de saúde,¹⁵ pois, para vê-las e compreender sua importância, é preciso estar atento às coisas simples e pequenas, já que existem “múltiplas interações absolutamente sutis que não se deixam, *stricto sensu*, reduzir, sendo vã a tentativa de negá-las”.^{16:21}

A Rede Cegonha não está já dada como uma estrutura a ser preenchida de forma

protocolar, pois tem, dentro dela, várias microrredes que vão em acontecimentos sendo tecidas pelos atores sociais,⁴ compreendidos, neste estudo, como os produtores da rede. Contudo, para que o cuidado à mulher e seus filhos seja eficiente, alguns componentes do sistema de apoio precisam estar presentes.

Porém, neste estudo evidenciaram-se fragilidades na oferta de itens essenciais para o cuidado à mulher durante a gestação. Ressalta-se que os achados são contraditórios com o que preconiza o Ministério da Saúde, o qual sugere que a mulher inicie precocemente o pré-natal, a fim de garantir a oferta dos procedimentos básicos, que incluem consultas odontológicas, exames clínico-obstétricos e laboratoriais necessários, tanto para um bom acompanhamento, como também para intervir, se surgirem alterações clínicas que necessitem de outras condutas.⁹

Em relação a essa contradição, percebe-se que existe uma "harmonia conflitual" na fala dos gestores e profissionais de saúde sobre o sistema de apoio. De acordo com Maffesoli¹⁶ os conflitos estão presentes nas interações entre os sujeitos e são fundados na alteridade, de modo que toda socialidade é conflitiva e, por isso, o mais importante não é resolvê-los, mas principalmente buscar pontos de harmonia.

o contexto de insuficiência do sistema de apoio caracteriza-se por um sistema de saúde que permanece fragmentado, pouco acessível, ineficiente e que traz implicações na qualidade da assistência.¹⁴ Apesar disso, os dados revelam que, mesmo com essas dificuldades, os profissionais de saúde se solidarizavam com as usuárias mais carentes e tentavam, dentro das possibilidades, minimizar as lacunas, ainda que provisoriamente, pois no cotidiano impera a ética do instante.⁷

As implicações dessas atitudes profissionais, no entanto, não dão conta de garantir a todas as usuárias o mínimo de itens necessários para um acompanhamento de qualidade. Sendo assim, são necessárias atitudes mais proativas por parte da gestão municipal e regional a fim de contribuir com a construção e fortalecimento da Rede Cegonha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo fundamentado na Sociologia Compreensiva sugerem a Rede Cegonha é (re)construída, cotidianamente, pela socialidade presente entre os atores sociais que usam os serviços de saúde que ofertam cuidados materno e infantil.

O arcabouço normativo instituído pela Rede Cegonha pode disparar algumas ações protocolares que ditam o “dever-fazer”, “dever-ser”, “dever-dizer”, mas é a pluralidade de

atravessamentos de várias naturezas que estão presentes na socialidade e o desejo de “estar-junto” que são definidores das ações, das escolhas e dos comportamentos dos atores sociais.

Nessa perspectiva, gestores, profissionais de saúde e usuárias são potenciais produtores da Rede Cegonha, tanto por agenciarem e viabilizarem os caminhos do cuidado, a escolha dos serviços e dos profissionais de saúde, quanto, também, por permitirem que a socialidade desenvolvida pelos afetos deixe o território mais permeável para as entradas e saídas das usuárias na rede.

Em relação às fragilidades da Rede Cegonha, destaca-se a fragmentação do cuidado e do sistema de apoio, que são questões que impactam na qualidade da assistência e diminuem a adesão das gestantes. Além disso, pode-se inferir a invisibilidade dessas lacunas para a gestão municipal.

Reitera-se o limite deste Estudo de Caso Único que pretendeu focar e aprofundar uma realidade específica, podendo não permitir generalizações em outros cenários. Contudo, por ter sido inédito lançar o olhar da Sociologia Compreensiva sobre o cotidiano da Rede Cegonha, os resultados encontrados podem fornecer subsídios para os atores sociais refletirem sobre os principais entraves e potencialidades de uma rede viva, a fim de melhor compreender a dinamicidade do cotidiano e tornar a Rede Cegonha mais potente.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados em outros municípios a fim de aprofundar as questões apresentadas e analisadas, visto que a Rede Cegonha é uma estratégia recente do SUS no cuidado às mulheres e seus filhos, necessitando, assim, ampliar as discussões sobre os fenômenos sociais que ocorrem no cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque MV, Viana ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Divulg saúde debate* [Internet]. 2015[citado em 2018 jul. 17];39(n. esp.):28-38. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/28-38/pt>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 2018 jul. 20]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2018 jul. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 16 jul. 2018.
4. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais de rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42.
5. Ferreira TPS, Costa CT. Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. Rev Interinst Bras Ter Ocup [Internet]. 2017 [citado em 2018 jul. 20]; 1(3):269-81. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/viewFile/4750/pdf>
6. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
7. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2010.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 318p. [citado em 2018 jul. 20] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
10. Fontanella BJB, Magdaleno Júnior RM. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: contribuições psicanalíticas. Psicoestud [Internet]. 2012 [citado em 2018 set. 18]; 17(1):63-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago S Met al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado em 2018 jul. 20]; 30(7):1502-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1502.pdf>
13. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulg saúde debate [Internet]. 2014 [citado em

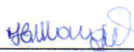
- 2018 mai. 10];51:14-29. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
15. Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, Lima EFA, Garcia ACP, Andrade MAC, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saúde Soc[Internet]. 2016[citado em 2018 mai. 15];25(4):988-1002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>
16. Maffesoli M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.
17. Rodríguez-Borrego MA, Nitschke RG, Prado ML, Martini JG, Guerra-Martín MD, González-Galán C. Theoretical assumptions of Maffesoli's sensitivity and problem-based learning in nursing education. Revlatinoamenferm [Internet]. 2014[citado em 2018 mar. 26];22(3):504-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292623/>
18. Maffesoli M. O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense; 2012.
19. Barroso VG, Penna CMM. Feeling of belonging in the constitution of the bond in a supplementary health self-management. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2016[citado em 2018 mar. 26];15(4):616-23. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33385>
20. Silva KL, Moebus RLN, Ferreira VL. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 91-5.
21. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Júnior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado ensalud: una experienciadel Sistema Único de Salud en Brasil. Saludcolect[Internet]. 2016[citado em 2018 mar 26];12(1):113-23. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n1/113-123/es>

ANEXOS**ANEXO IA -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde****INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de Doutorado em Enfermagem intitulado “**Práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da rede cegonha de um município do Agreste Paraibano**”, cujo objetivo é compreender as práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da Rede Cegonha na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores, desenvolvido por Roberta Lima Gonçalves, sob orientação da Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Através do presente instrumento, manifesto a anuência desta instituição.

Campina Grande, 14 de dezembro de 2016.



Dr. Antônio Henriques de França Neto
Diretor Geral do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida

Ilka Liêta Nunes Marques
Diretora Administrativa - ISEA

ANEXO IB -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde**FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA - FAP**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de Doutorado em Enfermagem intitulado “**Práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da rede cegonha de um município do Agreste Paraibano**”, cujo objetivo é compreender as práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da Rede Cegonha na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores, desenvolvido por Roberta Lima Gonçalves, sob orientação da Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Manifestamos através do presente instrumento a anuência desta instituição.

Campina Grande, 31 de Jan de 2016.



Diretor da Fundação Assistencial da Paraíba

Hélder Macedo Rodrigues
CRA/PB 2167
CPF: 485.692.834-15
Presidente FAP

ANEXO IC -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde**HOSPITAL CLIPSI**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de Doutorado em Enfermagem intitulado “**Práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da rede cegonha de um município do Agreste Paraibano**”, cujo objetivo é compreender as práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da Rede Cegonha na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores, desenvolvido por Roberta Lima Gonçalves, sob orientação da Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Manifestamos através do presente instrumento a anuência desta instituição.

Campina Grande, 05 de Janeiro de 2016
2017

maria madalena Crispim Lima

Dra. Maria Madalena Crispim Lima
Diretora do Hospital Clipsi

ANEXO ID -Termo de Autorização para Coleta de Dados nos Serviços de Saúde



CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de Doutorado em Enfermagem intitulado **“PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL DA REDE CEGONHA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE PARAIBANO”**, cujo objetivo é compreender as práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da Rede Cegonha na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores, desenvolvido por ROBERTA LIMA GONÇALVES, sob orientação da DR^a. CLÁUDIA MARIA DE MATTOS PENNA da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Manifestamos através do presente instrumento a anuência desta instituição.

Campina Grande, 07 de dezembro de 2016


MIGUEL RODRIGUES ALBUQUERQUE DANTAS
Gerente de Atenção Básica - Portaria 0365/2014
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB

Miguel Dantas
Gerente de Atenção Básica
Matrícula 0365/2014
Secretaria Municipal de Saúde
Campina Grande (PB)

ANEXO II - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFMG)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 66614917.3.0000.5149

**Interessado(a): Profa: Claudia Maria de Mattos Penna
Depto. Enfermagem Materna Infantil e Saúde
Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de maio de 2017, o projeto de pesquisa intitulado “**Práticas de integralidade no cotidiano da assistência materno-infantil da rede cegonha de um município do agreste paraibano**”, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

**Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO III – COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO

27/02/2019

Gmail - Manuscrito aprovado - Revista Mineira de Enfermagem



Roberta Lima <berttalima@gmail.com>

Manuscrito aprovado - Revista Mineira de Enfermagem

6 mensagens

REME - GNPapers <gnpapers@gnpapers.com.br>

13 de fevereiro de 2019 18:52

Responder a: reme@enf.ufmg.br

Para: Roberta Lima Gonçalves <berttalima@gmail.com>



Ilmo(a) Sr(a). Roberta Lima Gonçalves

Número do artigo: 723

Categoria: Pesquisa

Informamos que o manuscrito **CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO** encaminhado ao Corpo Editorial recebeu parecer favorável para publicação na Revista Mineira de Enfermagem, no volume 23 de 2019.

Em breve encaminharemos o arquivo do manuscrito, padronizado, normalizado e com a revisão de português realizada, para providenciarem a tradução. Antes de enviarem para a tradução, que só pode ser realizada por tradutores credenciados pela REME, solicitamos que verifiquem se estão de acordo com a versão atual e se os dados de autorias e afiliações estão corretos. Juntamente com o manuscrito corrigido serão enviados a listagem dos tradutores credenciados pela REME e o boleto para o pagamento da taxa de publicação, com indicação dos prazos.

A partir do volume 23 de 2019, a REME passará incluir na publicação dos artigos o ORCID de todos os autores e a contribuição de cada autor na produção do artigo. Como as indicações de contribuição foi implantada há pouco tempo no sistema GNPapers informamos a tipologia de contribuição elencada no sistema: Análise estatística, Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação e Visualização.

Para a emissão do boleto para o pagamento da Taxa de Publicação, precisamos do endereço e do CPF do autor correspondente.

Assim, solicitamos o envio das informações acima indicadas, em menor tempo possível, para que possamos iniciar o processo da produção editorial do manuscrito 723.

Agradecemos pela escolha da REME para o envio de seu manuscrito, ressaltando que nos sentiremos honrados em receber outros trabalhos para futuras publicações.

Atenciosamente,

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite
 Editora Executiva da REME

« « « Enviado por GNPapers - Esta é uma mensagem automática - Por favor não responda este email » » »