

CENAS COTIDIANAS DO CUIDADO: A REDE CEGONHA EM CONSTRUÇÃO

EVERYDAY SCENES OF CARE: THE STORK NETWORK UNDER CONSTRUCTION

ESCENAS COTIDIANAS DE CUIDADOS: LA RED CEGONHA EN CONSTRUCCIÓN

 Roberta Lima Gonçalves ¹
 Cláudia Maria de Mattos Penna ²

¹ Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Unidade Acadêmica de Enfermagem. Campina Grande, PB – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Roberta Lima Gonçalves
E-mail: bertcalima@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de dados: Roberta L. Gonçalves;
Conceitualização: Roberta L. Gonçalves;
Gerenciamento do Projeto: Cláudia M. M. Penna;
Investigação: Roberta L. Gonçalves; **Metodologia:** Roberta L. Gonçalves, Cláudia M. M. Penna; **Redação - Preparação do Original:** Roberta L. Gonçalves;
Redação - Revisão e Edição: Roberta L. Gonçalves, Cláudia M. M. Penna; **Supervisão:** Roberta L. Gonçalves, Cláudia M. M. Penna; **Validação:** Roberta L. Gonçalves; **Visualização:** Roberta L. Gonçalves.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 18/09/2018

Aprovado em: 13/02/2019

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. Comprovou-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 no sistema de apoio diagnóstico e terapêutico que podem comprometer o cuidado. **Conclusão:** a Rede Cegonha é reconstruída cotidianamente pela socialidade presente entre os atores sociais dos serviços de saúde que ofertam cuidados materno e infantil.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Saúde Materno-Infantil; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to unveil the daily scenes experienced in the health services that make up the Stork Network. **Method:** case study of qualitative approach, based on Comprehensive Sociology of Everyday Life. Data collection occurred between July and September 2017, through documentary analysis and semi-structured interviews and non-participant observation with social actors involved in the Stork Network of a municipality in the state of Paraíba. We performed data triangulation and thematic content analysis. **Results:** two categories were identified: who enters the Stork Network? Everyday scenes: (un)care in evidence. It was demonstrated the creative and dynamic production of the Stork Network by social actors, which build the paths to be covered in the search for care, and identified the gaps in the diagnostic and therapeutic support system that can hamper care. **Conclusion:** the Stork Network is reconstructed daily by the sociality present among the social actors of health services that offer maternal and child care.

Keywords: Public Health Policy; Unified Health System; Comprehensive Health Care; Maternal and Child Health; Maternal-Child Health Services; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: desvelar las escenas cotidianas de los servicios de salud que conforman la Red Cegonha. **Método:** estudio de caso de enfoque cualitativo, basado en la sociología comprensiva de la vida cotidiana. La recogida de datos tuvo lugar entre julio y septiembre de 2017, a través del análisis de documentos y entrevistas semiestructuradas y observación no participante con los actores sociales involucrados en la Red Cegonha de un municipio de Paraíba. Se realizó la triangulación de datos y el análisis de contenido temático. **Resultados:** se identificaron dos categorías: Quién ingresa a la Red Cegonha? Escenas diarias: el (des) cuidado en evidencia. Se confirmó la producción creativa y dinámica de la

Como citar este artigo:

Gonçalves RL, Penna CMM. Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1237
Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190085

Red Cegonha por parte de los actores sociales, que construyen los caminos a seguir en la búsqueda de atención, así como las brechas en el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico que pueden comprometer la atención. Conclusión: la sociabilidad entre los actores de los servicios de salud que ofrecen atención materna e infantil reconstruyen diariamente la Red Cegonha.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Sistema Único de Salud; Atención Integral de Salud; Salud Materno-Infantil; Servicios de Salud Materno-Infantil; Salud de la Mujer.

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 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

Algumas áreas foram consideradas prioritárias devido a critérios epidemiológicos, como é o caso da Rede Cegonha, que almeja, entre 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 zero 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, 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, essa 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. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo desvelar as cenas cotidianas vivenciadas nos serviços de saúde que compõem a Rede Cegonha de Campina Grande (PB).

MÉTODO

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 nos quais 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 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. Em 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: aquelas 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 dessa rede. Em relação aos gestores, por serem informantes-chave, foram convidados em sua totalidade. Nessa 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 a 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. Nessa 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. Dessa 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 11).

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 lhe demandaria mais tempo, já que compreendia que sua demanda não se encaixaria nesses 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. Nesse percurso, as relações afetivas 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 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 para as 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 nesses 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 isso 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 (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 da sua UBS.

Os depoimentos 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, independentemente 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, dessa forma, que os profissionais assumiam 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 desse 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 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 inferir 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 sugeriram estratégias para conseguirem auscultar os batimentos cardíacos, como pegar emprestado o sonnar de outra equipe de saúde da mesma UBS ou mesmo 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 preceptoría 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 (NO 1).

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!“ Dessa 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 revelaram 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 tem 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 essa 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, apurou-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, ressaltando 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 arranhou 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. Dessa 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.

Nesse 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” 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, no qual o que impera é a “ética do instante, no aqui e agora”.^{7:231} Por isso, o desejo e a necessidade percebidos na usuária para iniciar o pré-natal é o que determina o modo de agir para conseguir o atendimento, e essa “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, esse processo relacional que contribui para o vínculo ocorre de forma multifatorial, passando, entre outros, por aspectos sociais e subjetivos.¹⁹ 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. Dessa 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.

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 Maffesoli,¹⁶ 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 que a Rede Cegonha é reconstruída, 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*. 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). 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*. 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: múltiplidades 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*. 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. 5ª 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. Brasília: MS; 2013[citado em 2018 jul. 20]. 318 p. 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. *Psicol Estud*. 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. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 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*. 2014[citado em 2018 maio 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*. 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. *Rev Latino-Am Enferm*. 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*. 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 en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colect*. 2016[citado em 2018 mar. 26];12(1):113-23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2016.v12n1/113-123/es>