



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MARA REGINA BERGMANN THUROW

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA
NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

RIO GRANDE

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA
NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

MARA REGINA BERGMANN THUROW

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem/saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RIO GRANDE

2016

Ficha catalográfica

T542a Thurow, Mara Regina Bergmann.
Ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva ecossistêmica / Mara Regina Bergmann Thurow. – 2016.
105 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2016.
Orientadora: Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

1. Enfermagem 2. Serviços de saúde 3. Rede Cegonha I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de II. Título.

CDU614

MARA REGINA BERGMANN THUROW

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA
NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovado em sua versão final em 29/12/2016 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.



Dr^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

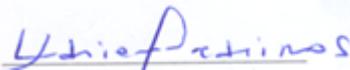
BANCA EXAMINADORA



Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – Presidente (FURG)



Dr^a. Eliana Cardia de Pinho – Membro Interno (IFRS)



Dr^a Adriane Calveti de Medeiros – Membro Externo (UFPEL)



Dr^a. Rosemary Silva da Silveira – Membro Interno Suplente (FURG)



Dr^a Claudia Zamberlan – Membro Externo Suplente (UNIFRA)

*Dedico este trabalho a minha mãe (in memoriam),
que me ensinou o que é o Amor. Aprendendo sobre o
Amor, conheci o cuidado: essência da Enfermagem!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em todos os momentos de minha vida guiou meu caminho, mantendo-me com força, coragem e, sempre perseverante, para vencer os desafios lançados neste mundo.

Agradeço aos meus pais Darci e Ivone (in memoriam), pela sua dedicação, incentivo e apoio e por me ensinarem princípios e valores, que compõem a base de tudo que sou. Meu Amor eterno a vocês!

Ao meu esposo Marcos, pela compreensão de minha ausência, pela paciência, apoio e amor dedicado para nossa conquista. Te amo!

Aos meus filhos, Rafael e João Pedro, presentes que Deus enviou para que eu pudesse aprender mais sobre o Amor incondicional. Desejo que Ele permaneça em seus pensamentos e que vocês tenham prosperidade em suas vidas! Amo vocês meus Amorzinhos!

Aos meus irmãos Inalda, Evaldo e Emerson que participaram desta caminhada sempre acreditando na vitória. Obrigada!

A minha querida orientadora Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, pelo acolhimento, amizade, carinho e incentivo. Pela serenidade em despertar e guiar meu conhecimento, construído com fios que teceram novos saberes. Por acreditar no cuidado integral, na interconexão e na troca de energia. Muito Obrigada!

Aos membros da banca examinadora, pela confiança, carinho e contribuição no aperfeiçoamento deste trabalho. Muito Obrigada.

À prof.^a Marlene Teda Pelzer, pelo carinho, dedicação e acolhida sempre carinhosa. Muito Obrigada!

Aos professores do PPGEnf/FURG pelo conhecimento compartilhado. Muito Obrigada!

Aos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES), meu agradecimento. Vocês proporcionaram novas possibilidades de conhecimento e colaboraram de forma essencial nessa conquista.

Aos participantes desta pesquisa por me acolherem e dedicarem seu tempo, tornando possível a realização deste estudo. Obrigada!

*“A melhor maneira que o homem dispõe
para se aperfeiçoar, é aproximar-se de
Deus.”*

Pitágoras

THUROW, Mara Regina Bergmann. **Ações do Enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na Perspectiva Ecológica**. 2016. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande.

RESUMO

Objetivou-se investigar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva ecológica. Os questionamentos abarcaram temáticas de saúde pública como a redução da mortalidade materna e neonatal, violência obstétrica, baixa qualidade da rede de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e o desenvolvimento adequado da criança. Estudo oportunizou aprofundar o conhecimento científico acerca da Rede Cegonha na perspectiva ecológica, trazendo novas possibilidades para o cuidado integral. Além disso, o valor da pesquisa incide, não somente por questões pessoais, mas também por acreditar na possibilidade de mudança do modelo assistencial vindo a substituir o cartesiano, curativista, para o da prevenção e promoção da saúde em forma de redes. Pontua-se ainda, como fator relevante dessa temática que a mesma é prioridade de pesquisa nacional conforme consta na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. O enfermeiro como profissional da saúde e participante ativo desta nova configuração das ações e serviços de saúde em rede, pode contribuir, significativamente, para concretizá-los nos quatro pilares de atuação: assistência, gestão, educação e pesquisa. O estudo configura-se como descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de 31 de outubro a 11 de novembro de 2016, por meio de entrevista semi-estruturada, a pesquisa foi efetuada nos serviços de atenção primária e secundária no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Análise e interpretação dos dados foram mediante Análise de conteúdo seguindo os passos de Minayo. Da análise e organização dos dados formularam-se as seguintes categorias: perfil sócio-demográfico dos participantes do estudo, linhas de cuidado, ações do enfermeiro nos serviços que integram Rede Cegonha, educação continuada e os desafios do enfermeiro na Rede Cegonha, inter-relação entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na rede cegonha e desafios do enfermeiro na Rede Cegonha, sob a perspectiva do pensamento ecológico. Da categoria linhas de cuidado e as ações que o enfermeiro desenvolve nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas, na perspectiva Ecológica emergiu o primeiro artigo que contribui com novas bifurcações a respeito do intento do saber e do fazer do enfermeiro, configurando uma atuação, em todos os campos de desempenho: na assistência direta, na gestão, na educação em saúde e na ação investigativa neste novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. O segundo artigo, foi construído embasado na categoria inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro com o objetivo para desenvolver as ações de cuidado na Rede Cegonha, no intento de compartilhar os desafios encontrados e formar a teia de cuidado integral, percebida como um todo, demonstrando a necessidade de educação permanente em saúde.

Descritores: Serviços de saúde materno-infantil. Atenção à saúde. Enfermeiro.

THUROW,, Mara Regina Bergmann. **Actions of the Nurse in the services that integrate the Stork Network in the Ecosystemic Perspective.** 2016. 105p. Dissertation (Master in Nursing) - Federal University of Rio Grande. Nursing school. Graduate Program in Nursing. Big River.

ABSTRACT

The objective was to investigate the actions developed by the nurse in the services that integrate the Stork Network in the ecosystem perspective. The questions included public health issues such as the reduction of maternal and neonatal mortality, obstetric violence, low quality prenatal care network, childbirth and birth, and adequate child development. A study entitled to deepen the scientific knowledge about the Stork Network in the ecosystem perspective, bringing new possibilities for integral care. Moreover, the value of the research is not only for personal reasons, but also for believing in the possibility of changing the care model, replacing the Cartesian, curativist, and the prevention and promotion of health in the form of networks. It is also a relevant factor in this theme that it is a priority for national research, as stated in the National Agenda for Health Research Priorities. The nurse as a health professional and an active participant in this new configuration of health network actions and services, Can significantly contribute to achieving them in the four pillars of action: assistance, management, education and research. The study is described as descriptive, exploratory with a qualitative approach. Data collection took place between October 31 and November 11, 2016, through a semi-structured interview, the research was carried out in primary and secondary care services in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. Analysis and interpretation Of the data were by means of Content analysis following the steps of Minayo. From the analysis and organization of the data the following categories were formulated: socio-demographic profile of the study participants, care lines, nurse actions in the services that integrate the Stork Network, continuing education and the challenges of the nurse in the Stork Network, interrelation Among the services, facilities and difficulties of the nurse to develop care actions in the stork network and challenges of the nurse in the Stork Network, from the perspective of ecosystemic thinking. From the category of care lines and the actions that the nurse develops in the services that integrate the Stork Network in the municipality of Pelotas, from the perspective of the ecosystem emerged the first article that contributes with new bifurcations regarding the attempt of the knowledge and of the nurse, Performance, in all fields of performance: direct assistance, management, health education and investigative action in this new model of health care for women and children. The second article was built based on the category of interrelations between services, facilities and difficulties of nurses with the objective to develop care actions in the Stork Network, in an attempt to share the challenges encountered and to form the web of integral, perceived care As a whole, demonstrating the need for permanent health education.

Descriptors: Maternal and child health services. Attention to health. Nurse

Thurrow, Mara Regina Bergmann. **Las acciones de enfermería en los servicios de la Red Cigüeña en Perspectiva de Ecosistema**. 2016. 105p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidade Federal do Rio Grande. Escuela de Enfermería. Enfermería Programa de graduación. Río Grande.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar las acciones desarrolladas por las enfermeras en los servicios de la Red Cigüeña en el enfoque por ecosistemas. El tema abarca cuestiones de salud pública y reducir materna y la mortalidad neonatal, la violencia obstétrica, la mala calidad de la red de atención a la atención prenatal, el parto y el desarrollo adecuado del niño. Estudio proporcionó una oportunidad para profundizar en el conocimiento científico de la Red Cigüeña en enfoque por ecosistemas, trayendo nuevas posibilidades para la atención integral. Además, la investigación se centra valor, no sólo por razones personales, sino también por creer en la posibilidad de un cambio del modelo de atención ido reemplazando a la cartesiana, curativa, para la prevención y promoción de la salud en forma de redes. si las puntuaciones todavía, como un factor relevante de este tema que es una prioridad de investigación nacional como se indica en la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud. La enfermera como participante activo profesional y la salud en esta nueva configuración de las acciones y servicios de salud de la red puede contribuir significativamente a alcanzar en los cuatro pilares de acción: asistencia, gestión, educación e investigación. El estudio se caracteriza como enfoque cualitativo descriptivo, exploratorio. Los datos fueron recolectados 31 de octubre al 11 de noviembre de, 2016, a través de entrevistas semiestructuradas, la investigación se llevó a cabo en los servicios de atención primaria y secundaria en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul. El análisis y la interpretación de los datos por análisis de contenido en los pasos de Minayo. Análisis y organización de las siguientes categorías de datos si-formulado: perfil sociodemográfico de los participantes en el estudio, líneas de atención, la enfermera para el que se integran los servicios de Red Cigüeña, educación continua y los desafíos de las enfermeras en Red Cigüeña, interrelación entre los servicios, facilidades y dificultades de las enfermeras para desarrollar acciones de atención en la red de cigüeña y los retos de las enfermeras en la red cigüeña, desde la perspectiva del pensamiento ecosistema. líneas de cuidado de la categoría y las acciones que desarrolla la enfermera en los servicios de la Red Cigüeña en Pelotas, el enfoque por ecosistemas surgió el primer elemento que contribuye nuevas bifurcaciones sobre el propósito del conocimiento y de la enfermería, la creación de una rendimiento en todas las áreas de actuación: la asistencia directa en la gestión, la educación sanitaria y la acción de investigación en este nuevo modelo de salud y cuidado de niños de la mujer. El segundo artículo, se construyó con base en la categoría interrelaciones entre los servicios, facilidades y dificultades de las enfermeras con el fin de desarrollar acciones para el cuidado de la Red Cigüeña, en un intento de compartir los retos y formar la banda atención integral, percibe en su conjunto, lo que demuestra la necesidad de educación permanente en salud.

Palabras clave: Servicios de salud materna e infantil. Cuidado de la salud. Enfermera.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde	30
Figura 02	Centro de comunicação das redes de Atenção à Saúde	32
Figura 03	Componentes da Rede Cegonha	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil dos participantes da pesquisa	48
Quadro 2	Ações desenvolvidas pelo enfermeiro nos séricos que integram a Rede Cegonha	48
Quadro 3	Linhas de cuidado da Rede Cegonha	50
Quadro 4	Capacitação recebida para desenvolver as ações e serviços da Rede Cegonha	51
Quadro 5	Desafios que o enfermeiro enfrenta para desenvolver as ações nos serviços que integram a Rede Cegonha	51
Quadro 6	Facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações nos serviços que integram a Rede Cegonha	52
Quadro 7	Funcionamento dos serviços que integram a Rede Cegonha	53
Quadro 8	Encaminhamento da gestante e bebê entre os serviços que integram a Rede Cegonha	54
Quadro 9	Melhorias na qualidade do atendimento à mulher e a criança	55
Quadro 10	Perfil Sócio-demográfico dos participantes do estudo	57
Quadro 11	Ações do enfermeiro e as Linhas de cuidado, nos serviços que integram a Rede Cegonha	58
Quadro 12	Educação permanente e os desafios do enfermeiro na Rede Cegonha	58
Quadro 13	Inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na Rede Cegonha	59
Quadro 14	Desafios do enfermeiro na Rede Cegonha, sob a perspectiva do Pensamento Ecológico	59

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Ações e Serviços
BDENF	Banco de dados da Enfermagem
BEMFAM	Bem Estar Familiar no Brasil
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Conselho Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecológico em enfermagem/Saúde
GTA	Grupo Técnico de Atenção
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
PHNM	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PHPN	Política Nacional de Humanização ao Parto
PMAQ	Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade
PROPESP	Pró-reitoria de Pesquisa e Pós Graduação
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SCIELO	Scientific Electronic Library
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
2.2 Saúde da Mulher e sua evolução.....	24
2.3 Redes de Atenção à Saúde.....	27
2.4 A Rede Cegonha e as Ações e Serviços do Enfermeiro na perspectiva ecossistêmica.....	35
3.METODOLOGIA	41
3.1 Tipo de pesquisa.....	41
3.2 Local da pesquisa.....	41
3.3 Participantes da pesquisa.....	42
3.4 Coleta de dados.....	43
3.5 Análise e interpretação dos dados.....	45
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	45
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	57
6. DISCUSSÃO DOS DADOS	61
6.1 Artigo 1 - Cuidado do enfermeiro ao binômio mãe-bebê na Rede Cegonha embasado no Pensamento Ecossistêmico.....	61
6.2 Artigo 2 - Rede Cegonha e a inter-relação dos nós que formam a teia de cuidados	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	95
Anexo A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa.....	96
Anexo B – Autorização do Hospital Universitário São Francisco de Paula.....	97
Anexo C – Autorização do Hospital Escola da UFPel	98
Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	101
APÊNDICES	102
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados.....	103
Apêndice B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	104

1. INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de âmbito nacional, instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Esta temática engloba uma rede de ações e serviços (RAS) que objetivam garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. Essa pesquisa ainda visa, assegurar também o direito ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável da criança até os dois anos de idade (BRASIL, 2011a).

Esta estratégia está fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, e tem como prioridade a ampliação do acesso, o acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; o subsídio ao transporte de urgência e emergência; a realização de vinculação da gestante em uma instituição de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, por meio da utilização de boas práticas de atenção; a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; o acesso ao planejamento reprodutivo, e à criança de zero a 24 meses de vida o acesso à assistência de qualidade e com resolutividade (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

A RC tem como finalidade o enfrentamento da mortalidade materno-infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento. As diretrizes e objetivos propostos extrapolam os elementos estruturais e de financiamento do atendimento, portanto a RC decorre na implantação de um novo modelo de atenção à gestante e ao recém-nascido além de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. A partir da definição das regiões, a organização da RC deve possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção com articulação entre os serviços de atenção à saúde para um cuidado integral (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c). Esse cuidado contempla a assistência integral com ações e serviços desenvolvidos na atenção primária à saúde (APS), bem como na atenção secundária e terciária de saúde, sendo que essas compreendem um pré-natal com qualidade na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante, assistência nas intercorrências durante a gestação com realização de consultas e exames.

Entretanto, na APS, também são detectadas as gestantes de alto risco e realizadas atividades de prevenção e tratamento para doenças como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis. As ações e serviços (AS) promovidos pela APS do mesmo modo, tem a responsabilidade de implementar programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Após o parto, o atendimento à puérpera e ao recém-nascido são acompanhados neste serviço com o desenvolvimento de ações como o incentivo ao aleitamento materno, visita domiciliar na primeira semana após o nascimento do bebê, orientações sobre métodos contraceptivos entre outros (BRASIL, 2011a, 2011c).

No eixo seguinte das AS descritos pela portaria da RC encontra-se a suficiência de leitos obstétricos em maternidades e leitos neonatais em Unidades de Tratamento Intensivo e Semi-intensivo conforme a necessidade de cada região. Essas AS desenvolvidas na atenção à saúde secundária e terciária direcionam também para a ambiência das maternidades e o desenvolvimento de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. À gestante que inicia o trabalho de parto é garantida a presença de acompanhante em todos os momentos, no qual, o cuidado deve ser baseado em evidências científicas com a promoção de uma assistência humanizada (BRASIL, 2011a).

Outro componente importante na RC é o sistema logístico assegurado à gestante, que consiste em um transporte seguro em situações de urgência garantindo às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha, ambulâncias de suporte avançado que devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais. Fazem parte do sistema logístico ainda, a implantação do modelo “Vaga Sempre” vinculando a gestante ao local para a ocorrência do parto e a regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como, a regulação de situações de urgências e a regulação ambulatorial (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, para contemplar uma atenção integral descrevem-se as linhas de cuidado organizadas para dar continuidade à assistência com resolutividade, pois expressam os fluxos assistenciais. Essas linhas são compreendidas como um conjunto de ações e serviços embasados em saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de condições específicas. Em consonância com o SUS e nas propostas do MS elas estão centradas no usuário e são desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário). Assim como nos sistemas de apoio, desenham, a linha de cuidado com o itinerário terapêutico dos usuários na rede (FRANCO E FRANCO, 2012).

Toda esta evolução na área materna e infantil percorreu um longo caminho até atingir a RC. Neste contexto, as AS em saúde demonstram sinais para novas transformações, abrangendo a cooperação, a integração e a inter-relação entre os serviços de saúde permitindo a interconexão necessária para a totalidade e integralidade do cuidado contemplando a mulher nas suas fases de vida, bem como o recém-nascido com as ações previstas na RC. Esta visão de totalidade e organização com interconexões e interações dinâmicas, complexas e mútuas é percebida como um novo modelo de sistema de saúde no contexto materno infantil, no qual os seus elementos constituintes interagem entre si e se influenciam mutuamente.

Neste sentido, busca desenvolver AS para ampliar e qualificar o acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério com acolhimento da mulher (BRASIL, 2010a). A implementação dessa mudança, para atender a necessidade da mulher em seu ciclo gravídico, puerperal e vital, precisa ser acompanhada de modificações arquitetônicas e ambientais propícias e necessárias para a prática da humanização. Entretanto, somente mudanças estruturais não realizam a concretude da mudança paradigmática, é preciso que essa venha acompanhada de mudanças de atitudes, comportamentos e ações. Essas mudanças precisam envolver o governo, os profissionais que fazem parte das equipes multiprofissionais da saúde, as usuárias e a sociedade. Todos, em conjunto, necessitam acompanhar as transformações e apoiar essa nova forma de atendimento das AS, compreendendo que cada um possui função específica no alinhamento, entendimento e reconhecimento para implantação e consolidação das redes de atenção a saúde (RAS). Neste sentido, Soares et al (2009), consideram que o enfermeiro torna-se capaz de alcançar e consolidar objetivos institucionais e éticos, além de, na maioria das vezes, tornar-se responsável por programas e políticas públicas de saúde, fazendo desta forma o *link* entre as metas dessas políticas e a inserção das propostas na realidade em que está atuando.

O enfermeiro como profissional da saúde e participante ativo desta nova configuração das AS de saúde em forma de rede, pode contribuir, significativamente, para a transformação das ações em saúde nos quatro pilares de atuação. Com base na legislação profissional da enfermagem, o enfermeiro na sua prática desenvolve ações assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987). Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro frente aos desafios em qualificar e humanizar a atenção à saúde e cooperar para a qualidade de vida das mulheres usuárias das redes, tem a possibilidade de fazer interconexões para a produção do cuidado por meio das AS. Ao compartilhar conhecimentos mútuos, estabelece inter-relações e, assim satisfaz as necessidades individuais e coletivas da população e auxilia a tecer a teia do cuidado integral.

Com este tecer da teia do cuidado integral na RC, por meio da promoção da saúde, do envolvimento dos governantes em todas as instâncias e da inclusão da sociedade no controle social é possível contribuir para a garantia de qualificação e humanização com possibilidade de reduzir a mortalidade materno-infantil. Deste modo, juntamente com a evolução das políticas públicas, a atuação do enfermeiro se transforma, ao focar não somente na APS por meio do pré-natal, como também, na assistência ao parto sem complicações.

Neste contexto, o aprimoramento do conhecimento do enfermeiro possibilita a melhoria da assistência e, também, pode oportunizar reconhecimento da sociedade frente à sua atuação nas AS que desempenha. Essas AS incluem o acompanhamento pré-natal de baixo e alto risco, execução de ações educativas para as mulheres e seus familiares, solicitação de exames de rotina e orientação de tratamento conforme protocolos estabelecidos, atividades em grupo de gestante e visitas domiciliares, quando necessário, tudo realizado com responsabilidade e minuciosamente registrado no prontuário da gestante.

Nesse modelo de atenção, a enfermeira obstetriz, portadora de diploma de enfermeira e de especialista em obstetrícia, atua como profissional de referência, na assistência ao parto como profissional da equipe de saúde hospitalar. Ela é responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto, como pela detecção precoce de problemas e/ou riscos, quando então indica remoção da gestante para outros profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para proporcionar cuidado integral de acordo com as necessidades da parturiente (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011c). Portanto, o conhecimento dos fenômenos obstétricos têm proporcionado o desenvolvimento de competências aos enfermeiros e, assim possibilita uma atuação profissional qualificada, humanista e segura na atenção do pré-natal, parto e nascimento.

Nesse processo as AS precisam ser vistas como parte integrante de um sistema maior e em contínua transformação no ambiente físico e psicossocial, onde o enfermeiro desenvolve relações a partir de espaços entendidos como contextos ecossistêmicos, com os quais age e reage de forma a provocar direta ou indiretamente, estados adequados de vida ou de sua inadequação (SIQUEIRA et al, 2008).

Para compreender essa relação é preciso abandonar a visão determinística, fragmentada e linear com foco em uma determinada necessidade e visualizar o ambiente como um todo integrado. Essa visão ecossistêmica viabiliza compreender a relação e as novas formas capazes de gerar mudanças e transformações no todo. Portanto, as mudanças são resultados das interações entre as partes, cujo produto é maior do que a soma das ideias

isoladas de cada elemento integrante do todo e que exige soluções que venham satisfazer a população (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2012, SILVA, 2013).

A percepção ecossistêmica possibilita uma nova visão e compreensão do mundo e essa nova forma de pensar e fazer permite o conhecimento das inter-relações, como uma rede dinâmica que se processa por meio das características do pensamento sistêmico (MEDEIROS, 2013). Dessa forma a RC, por meio das ações e serviços desenvolvidos pelo enfermeiro, pode ser compreendida no constructo do pensamento ecossistêmico.

O interesse em pesquisar sobre as AS do enfermeiro na RC abarca elementos tanto pessoais como referentes ao mérito da temática. Em relação às questões pessoais, essa é uma inquietação que me acompanha durante as experiências da prática profissional vivenciadas na área da saúde da mulher e da criança. Quanto ao mérito da temática, a grande importância consiste no alcance de resultados de saúde pública como a redução da mortalidade materna e infantil, da violência obstétrica ainda presente nos dias atuais, da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento e o incentivo ao aleitamento materno, entre outros.

Além disso, aponta-se como relevância do estudo, o aprofundamento do conhecimento científico sobre o tema, vislumbrando encontrar novas possibilidades para o cuidado integral, oportunizando a mudança do modelo assistencial cartesiano para o da promoção da saúde e prevenção de doenças. Ao considerar a integralidade das ações previstas na RC, pode-se entender que uma totalidade de elementos constitui a realidade da saúde materno-infantil, formando as redes assistenciais. Pontua-se ainda, como fator relevante, que a temática se encontra entre as prioridades de pesquisa nacional conforme consta na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011b).

Com a finalidade de conhecer a produção científica sobre a temática e evidenciar estudos para discussão, realizou-se uma revisão de literatura, onde se estabeleceu como critérios de inclusão: artigos completos publicados em português, espanhol e inglês, no período de 2005 a 2015 com disponibilidade eletrônica gratuita. A temporalidade da busca, apesar de ser anterior a Portaria da Política da Rede Cegonha, fundamenta-se na possibilidade de encontrar artigos que versam sobre o período gravídico, de parto e nascimento, conhecimento já construído sobre essa temática.

Na busca dos artigos foram utilizados os descritores: serviços de saúde materno-infantil, atenção à saúde e enfermeiro. A busca foi realizada *via online* no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram consultadas as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados em

Enfermagem (BDENF). Observando os critérios estabelecidos, foram encontrados vinte e três artigos. Após leitura analítica dos resumos, descartou-se 20 artigos porque não apresentavam relação com a temática em estudo, restando somente três que possuem aderência ao tema.

Esta revisão possibilitou identificar algumas AS desenvolvidas pelo enfermeiro na RC, visto que contempla, principalmente, o primeiro componente descrito, o pré-natal. Percebe-se que são realizadas ações de educação em saúde nos aspectos relacionados à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. A busca pelo estado da arte também revelou a deficiência de publicações sobre as AS desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção de média e alta complexidade, visto que não foi encontrado nenhum artigo relacionado, confirmando a importância deste estudo em buscar respostas para aprofundar e revelar novos conhecimentos científicos sobre o cuidado integral à mulher e à criança. Essa constatação abraça intensamente a necessidade de satisfazer esta pesquisa para o aprimoramento e aprofundamento de novos conhecimentos científicos sobre os aspectos não abordados.

Com base nesse contexto e sob a perspectiva ecossistêmica da saúde surgiu o seguinte **questionamento**: Que ações o enfermeiro desenvolve nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas, na perspectiva ecossistêmica?

Com a finalidade de responder a questão de pesquisa elaborou-se **os objetivos**:

Objetivos gerais:

- ❖ Conhecer e analisar as ações que o enfermeiro desenvolve nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas, na perspectiva ecossistêmica.

Objetivos específicos:

- ❖ Conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nas linhas de cuidado nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas;
- ❖ Identificar o processo de capacitação dos enfermeiros para atuar na Rede Cegonha de Pelotas;
- ❖ Evidenciar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao desenvolver ações nos serviços da Rede Cegonha no município de Pelotas;
- ❖ Averiguar as inter-relações dos serviços da Rede Cegonha no município de Pelotas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

No presente capítulo apresenta-se a revisão de literatura construída com a finalidade de subsidiar a compreensão das inter-relações entre os elementos do tema a ser abordado. Esse procedimento possibilitou aprofundar o conhecimento, bem como, entender as novas bifurcações a partir das bases teóricas e filosóficas que fundamentam a temática em estudo. São apresentados os tópicos: sistema único de saúde; saúde da mulher e sua evolução; redes de atenção à saúde; rede cegonha e ações e serviços do enfermeiro na perspectiva ecossistêmica.

2.1 Sistema Único de Saúde

A discussão sobre a saúde está presente desde o início da história do Brasil e vem sofrendo modificações ao longo dos anos passando por grandes transformações e melhorias. No final da década de 80, com a crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social, alguns grupos organizados constituíram um movimento em prol da saúde. Esse movimento, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, promoveu uma grande mobilização no contexto da democratização do país (BRASIL, 2006a).

Um marco histórico a favor da mudança foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, constituída por trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade que defendiam um sistema integral, gratuito e de qualidade e sem discriminação (BRASIL, 1986). Das discussões e debates realizados, destacam-se três pontos importantes do relatório final: a definição de um conceito ampliado de saúde, a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e dever do estado e, ainda, a instituição de um sistema único de saúde. (BRASIL 2011e).

Em 1987 foi implantado um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou incorporar alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras (BRASIL, 2011e). Entretanto, foi a nova Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988 que incluiu nos artigos 196 a 200, com base no relatório da VIII CNS, a criação do Sistema Único de Saúde, um sistema complexo

que foi implantado e, ainda no contexto atual, se encontra em processo de constante construção e continua a enfrentar muitos desafios (BRASIL, 1990).

Neste contexto na Constituição Federal Brasileira foram definidos os princípios doutrinários com a finalidade de reorganizar o sistema de saúde brasileiro, garantindo acesso a todo cidadão no sistema de saúde:

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Equidade: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

Integralidade: É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizados, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p.4,5).

O SUS teve seu início operacional nos primeiros anos da década de 1990, após a publicação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas leis são fundamentais para a efetivação do novo modelo sanitário que dispõe sobre a operacionalização e organização do sistema de saúde. A primeira lei delibera sobre os objetivos e atribuições do SUS, e a segunda define as regras gerais para a participação popular e o financiamento do sistema (BRASIL 2011d; BRASIL 2011e; BRASIL, 2006b).

Com o início da implementação do SUS, o resultado desta mudança foi imediata e o ponto importante foi a inclusão de toda a população, ou seja, independente da condição econômica e trabalhista, todos têm o direito de serem inseridos no sistema e participar das ações de saúde (BRASIL, 2011e). Entretanto, a mudança do sistema de saúde pública foi se desenvolvendo ao longo dos anos e mesmo depois de estabelecidas as leis que o fundamentam ele continua sofrendo, desde sua existência, reformulações constantes (BRASIL, 2006b; BRASIL 2009a). Portanto, bifurcações passaram a existir com o surgimento de novas portarias, criadas e divulgadas para subsidiar o sistema para que o mesmo consiga atender às necessidades da população. Entretanto, o conjunto de ações e serviços de saúde, segundo previsto deve ser organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas com direção única nas

três esferas do governo, necessitando de políticas públicas para integrar as AS e cumprir os princípios doutrinários do SUS (MENDES, 2009).

Conseqüentemente, após sua implantação, o SUS começa a promover novas possibilidades aos usuários de participação neste sistema com responsabilidades distintas entre as instâncias federal, estadual e municipal (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2011e; BRASIL, 2006b). O processo de gestão do SUS é um grande desafio e a adoção de um planejamento de todas as atividades, assim como, o estabelecimento de estratégias torna-se essencial, não apenas para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, mas também para seu financiamento (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, em 2006 divulga o Pacto pela Saúde com a Portaria nº 399 que envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, tornando possível a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão. Assim, as três esferas de gestão do SUS representadas pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades no campo da gestão da saúde, considerando e respeitando as diversidades regionais, reforçando a organização para qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde (BRASIL, 2011e; BRASIL, 2009b).

O primeiro componente do Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, com ações que devem ser prioritárias no campo da saúde, executadas com foco em resultados dentro dos orçamentos para o alcance desses resultados. As prioridades no pacto pela Vida incluem, entre outros a redução da mortalidade Materna e Infantil e qualificação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde, como o centro ordenador das RAS do SUS (BRASIL, 2006a).

O segundo componente, o Pacto em Defesa do SUS abrange ações concretas e articuladas pelas três esferas para reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governo em defesa do que diz a Constituição Federal. As prioridades envolvidas neste componente incluem a implantação permanente de Mobilização Social apresentando a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal. Abrange ainda a aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas, bem como a elaboração e divulgação de uma Carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006a).

O terceiro componente, ou seja, o Pacto de Gestão do SUS divide as responsabilidades de cada uma das esferas do governo, diminuindo desta forma, as competências concorrentes,

estipulando, claramente, quem deve fazer o quê fortalecendo, assim a gestão compartilhada e solidária do SUS. As prioridades, então, estabelecem a gestão do SUS com as diretrizes enfatizando a descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

Desde a década de 1990, com a publicação das normas operacionais do SUS (NOBS), a descentralização das ações e serviços tem sido uma diretriz do SUS, o Pacto pela Saúde retoma a discussão da regionalização que indica um movimento dinâmico e maleável com planejamento e gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com vistas à implementação da Regionalização Solidária e Cooperativa. A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde. A conformação de regiões de saúde no país é o fator determinante para a construção das RAS no SUS (BRASIL, 2009b).

2.2 Saúde da mulher e sua evolução

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, entretanto, limitada às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, demonstram um olhar sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (TRINDADE, 2013).

Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Também, como atributo desses programas estava a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. Assim, as metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais (BRASIL, 2009a).

Na década de 70 há um enfoque maior nas questões relacionadas a equidade, que foi tema da Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976-1985). Em 1975, foi instituído o programa materno-infantil, que continha delineamentos gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e buscava englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte

ação de organismos internacionais, como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, apresentava-se como um programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, o que proporcionou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (TRINDADE, 2013).

Na década de 80 as mulheres começaram a ser ouvidas na construção de políticas públicas e programas foram criados para atendê-las. Elas conquistaram seu espaço frente às suas reivindicações e o movimento feminista passou a ser mais visível e já não podiam mais ser ignoradas. A ideia de equidade toma uma proporção para diminuir desigualdades injustas, persistentes e que são passíveis de mudanças. Não se trata de conceber os diferentes grupos como iguais, nem diminuir as diferenças culturais ou biológicas, mas sim, diminuir desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades entre os grupos, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia (BRASIL, 2010a).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcado, sobretudo, pela ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como, a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a).

Nessa perspectiva, as ações do programa seriam educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984; TRINDADE, 2013). No entanto, mesmo com novas ações e políticas no transcorrer da história, destaca-se o processo do parto, que foi transformado e passou a ser visto de forma fragmentada com a introdução de medicamentos, rotinas e procedimentos, suprimindo o protagonismo da gestante nesse processo. O aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal demonstrava que ainda existiam fatores relacionados, como o contexto social em que a mulher e sua família se encontram o planejamento familiar e a atenção dispensada à parturiente pela equipe de saúde (HOFFMANN, 2008).

Nessa linha de pensamento, surgem novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades na perspectiva de, substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem as diferenças sociais e culturais da população feminina (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2008). Assim, foi instituída a Política Nacional de Humanização ao Parto (PHPN) em 2000, com o propósito de retomar o caráter fisiológico e natural do parto, no qual a mulher participa de forma ativa e autônoma. O objetivo primordial desse programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde traz uma nova proposta com diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento à mulher, fundamentando-se em dados epidemiológicos e nas reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (TRINDADE, 2013). Ainda em 2004, o MS instituiu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em que foram referendadas estratégias de expansão da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Continuando com novas propostas para aperfeiçoar o cuidado à saúde da mulher, em 2010, o MS identificou a necessidade de modificação no modelo de atenção à saúde vigente caracterizado pela fragmentação em seus serviços, programas, ações e práticas clínicas. Essa fragmentação foi evidenciada por lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos, sem possibilidade de prover a integralidade da atenção à saúde. Entretanto, esse processo não acompanhou a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas com destaque para pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, em 2011 o MS, por meio de interconexões e alinhando-se com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elaborou o documento com a 2ª reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que traz uma série de diretrizes e objetivos, gerais e específicos (BRASIL, 2011c).

Como destaque deste documento apresenta-se a intenção para melhoria das condições de vida das mulheres, redução da taxa de morbidade e mortalidade feminina, principalmente, por causas evitáveis em todo o ciclo nos diversos grupos populacionais, além da finalidade de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2011f).

Embora o acesso ao pré-natal seja universal a todas as gestantes, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames durante a gravidez, nem sempre é presente em todos os serviços e municípios. Em muitos lugares a mulher ainda realiza uma peregrinação para ter um atendimento adequado e, assim, pode-se afirmar que há uma fragilidade na rede no que tange ao seguimento da mulher e da criança desde a gestação até o acompanhamento da criança após o nascimento (BRASIL, 2011c).

Por todos esses motivos, em 2011 foi instituída no âmbito do SUS a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa organizar uma rede de cuidados que assegure a assistência integral da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como garantir à criança, o direito ao nascimento seguro e humanizado, e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2014).

2.3 Redes de atenção à saúde

Com a finalidade de contemplar os princípios e diretrizes do SUS, os objetivos de atenção à saúde e assegurar uma estrutura capaz de oferecer uma assistência efetiva e eficiente para restabelecer os serviços, em 2010, foram criadas novas diretrizes com arranjos em RAS, articulando programas, ações e práticas clínicas e serviços de forma estratégica e organizada. As RAS são consideradas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). De acordo com Mendes (2010), o Brasil possui a especificidade de ter uma situação de saúde de transição demográfica acelerada, com incoerências entre a situação epidemiológica (tripla carga de doenças, com predominância das condições crônicas), e o modelo de organização dos serviços voltado, principalmente, para as condições agudas.

Assim, torna-se importante abordar os sistemas de saúde contemporâneos que, conforme Mendes (2010) passam por uma crise pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio forte de condições crônicas e uma resposta social por meio de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Ainda que o sistema de saúde no Brasil tenha como característica atender as necessidades dos usuários de forma integral, a saúde não tem acolhido a população em suas prioridades. Este fato advém pelas mudanças no cenário demográfico e epidemiológico que expressa uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

Olhando para essa realidade e buscando tecer uma relação com o pensamento ecossistêmico, Capra (2012) considera que a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e integração, pois, os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às de unidades menores, ao mesmo tempo em que considera o ambiente como integrante do sistema, influenciando e sendo influenciado pela totalidade. Portanto, para uma atuação efetiva à saúde da mulher é necessário percebê-la na sua totalidade a ser atendida em forma de redes que se entrelaçam com todo o sistema de saúde, e se fortificam na medida em que cada elemento da rede cumpre a sua função de forma efetiva e coerente.

Neste contexto partindo do referencial da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das RAS: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PDC) (BRASIL, 2014).

As RAS possibilitam um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho inter setorial (MENDES, 2011). Este conceito engloba alguns princípios do pensamento ecossistêmico como cooperação, interdependência e integralidade demonstrando que as RAS são estruturas que devem estar interconectadas com arranjos que superam o modelo biomédico burocrático, hierárquico e hegemônico, centrado na doença. Assim, as redes buscam interconectar as políticas públicas num contexto complexo

de questões sociais, descentralizando as AS de saúde e fortalecendo o controle público, substituindo os modelos adotados anteriormente com a tendência a serem mais flexíveis, abertos, compartilhando objetivos, informações e resultados que contribuem, positivamente, na gestão da saúde (BRASIL, 2010a).

As RAS apresentam, principalmente, seis características importantes: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos, e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b). Assim como as características, os fundamentos são decisivos para o desenvolvimento de forma efetiva, eficiente e de qualidade das organizações das redes sendo eles: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção. A economia de escala é um processo produtivo que ocorre quando os custos médios de longo prazo vão decrescendo assim que aumenta o volume das ações e os custos fixos vão se diluindo. É um processo comum na área da saúde, onde os custos fixos são altos, mas que ao longo do tempo se dissolvem com uma produção de baixo custo (MENDES, 2011).

A partir desta identificação das características e dos fundamentos compreende-se que estes são elementos de extremo valor para que a implantação das RAS se torne concreta e sustentável. A sustentabilidade será contemplada pelo planejamento minucioso após definição da população e conhecimento do diagnóstico situacional com o envolvimento de profissionais capacitados e da população, consolidando a troca de informações e estabelecendo relações e conexões. Aproximando este contexto ao pensamento ecossistêmico a sustentabilidade sempre envolve a realidade em estudo na sua totalidade. “Essa é a lição profunda que temos que aprender com a natureza, as trocas de energia e recursos de um ecossistema precisam ser mantidas pela cooperação de todos” (Capra, 2006, p.53).

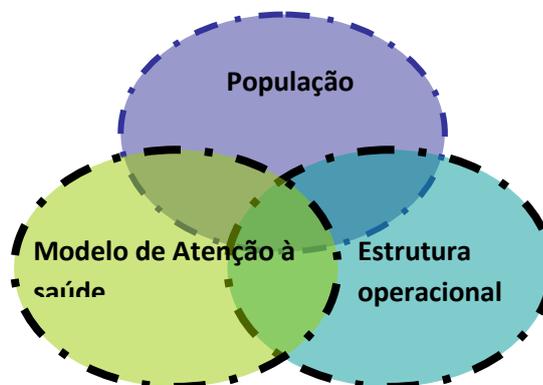
O pensamento ecossistêmico apresenta-se emergente, mas com significado importante, pois contrapõe-se à teoria cartesiana que estuda as partes do todo, de forma hierarquizada, linear e não leva em consideração o espaço/tempo em que o fenômeno ocorre. As RAS são sistêmicas/ecossistêmicas e têm como ponto importante superar a fragmentação por meio de uma integração sistêmica das AS de saúde, promovendo a atenção continuada, integral, humanizada, de qualidade e responsável (BRASIL, 2010b). Assim, essa nova filosofia é adotada nas RAS de saúde para solidificar mudanças necessárias e considerá-las na sua totalidade. Essa visão do todo traz inúmeras vantagens, tais como: a capacidade de

aprendizagem, canais de comunicação com produção de novos conhecimentos, vínculos firmados entre organizações que possibilitam ganhos com redução de custos e melhor qualidade (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

Além das características e dos fundamentos, as RAS possuem elementos constitutivos fundamentais definidos como: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Estes elementos, na perspectiva ecossistêmica, compõem um sistema que apresenta estrutura dinâmica com organismos bióticos (que possuem vida) e abióticos (meio físico) inter-relacionados, tecendo a rede de cuidados. Estes organismos definidos como bióticos podem ser entendidos como os profissionais da área da saúde, os profissionais que contribuem na parte administrativa e logística dentro do processo de cuidado, os usuários, os familiares e a sociedade. Os organismos abióticos compõem a estrutura física entendida como a estrutura arquitetônica, móveis, equipamentos, materiais utilizados e tecnologia para atender as necessidades dos usuários.

Estes organismos bióticos e abióticos, em determinado espaço/território/ambiente tem a capacidade de auto-organização por meio das relações e interconexões, compondo o que ecossistemicamente se define como totalidade (SIQUEIRA, 2001; SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009). A totalidade, então, é compreendida como a integralidade do cuidado composta pelos elementos constituintes das RAS, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, que pela interconexão de seus organismos bióticos e abióticos evidenciam a assistência integral (Figura nº 1).

Figura 1- Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Base teórico-filosófica da revisão de literatura (BRASIL, 2010b), elaborado pelas autoras.

O conhecimento da população é de responsabilidade da atenção primária em saúde, conhecido como um processo complexo que envolve o conhecimento das famílias que são cadastradas e divididas por territórios. Este primeiro elemento circunscrito a uma área geográfica é a razão de ser da rede, que necessita ser conhecida e estar registrada, isto é, deve estar adscrita. Precisa, também, ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco em relação às condições de saúde (BRASIL, 2010a). Portanto, as ações em saúde necessitam considerar os ambientes onde o ser humano está inserido, bem como, a rede de interações e relações que ele construiu ao longo da vida, visto que sua relação com o meio geram repercussões no seu pensar, agir e sentir.

Nessa acepção, Santos, Siqueira, e Silva (2009), afirmam que essas repercussões resultam da consciência afetiva, crítica, lúdica e sensível demonstrada pelo ser humano por meio da interação com a sociedade, diversidade cultural e a natureza na qual vive, trabalha e se desenvolve. Neste sentido, o ser humano é um dos elementos da natureza formando a totalidade/unidade.

O segundo elemento das RAS, a estrutura operacional, é formada pelos pontos de atenção das redes em diferentes unidades de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam. Este elemento possui cinco componentes:

- ✓ Centro de comunicação entendida como a APS;
- ✓ Pontos de atenção à saúde secundários e terciários;
- ✓ Sistemas de apoio;
- ✓ Sistemas logísticos;
- ✓ Sistemas de governança (BRASIL, 2011).

O centro de comunicação é o nó intercambial no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, constituindo o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas. Isto significa que é o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Assim, exerce um conjunto de ações de saúde que atinge a população, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de forma tanto individual

como coletiva. Cabe, portanto, à APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Figura 2- Centro de Comunicação das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Base teórico-filosófica da revisão de literatura (BRASIL, 2010b), elaborado pelas autoras.

Entende-se que a comunicação constitui um elemento importante nas RAS/ RC e que pode ser visualizada no pensamento ecossistêmico como os filamentos que unem os nós. Esta união é estabelecida pela comunicação entre os serviços do SUS. Este sistema compreende a totalidade, ou seja, a integralidade dos serviços que formam a RC e funcionam como um processo onde se deixa de pensar mecanicamente e se direciona o pensar e fazer para o modelo sistêmico, ou seja, em redes. Essa constituição do sistema de saúde por meio dos

filamentos que busca unir os nós (elementos) sustenta a ligação entre os organismos bióticos e abióticos, de modo a garantir a integralidade do cuidado. A comunicação no pensamento sistêmico é dinâmica, com um processo em organização dos dados considerando o movimento das relações e interações entre os indivíduos que fazem parte desta natureza integral, com troca de energia e possibilidades de novas conexões (SVALDI, 2011, BRASIL, 2010b).

Os pontos de atenção à saúde, quais sejam, primários, secundários e terciários são os nós da rede nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à Atenção Primária. Os pontos de atenção terciários são tecnologicamente mais densos, porém não há entre eles relação de principalidade ou subordinação, uma vez que constituem uma rede (BRASIL, 2010a). Esta compreensão sobre a inexistência de principalidade é reforçada por Capra (2006) quando afirma que as partes não são propriedades intrínsecas e que só podem ser entendidas dentro de um contexto do todo mais amplo. Em consequência disso, no pensamento ecossistêmico os nós representam os elementos, enquanto os filamentos exercem a função de conexões e interconexões entre organismos/elementos que são propriedades do todo, onde a natureza do todo é sempre diferente da mera soma das partes, dando uma nova percepção de integralidade.

Os sistemas de apoio dentro deste novo pensamento são os lugares institucionais em que se realizam as AS comuns a todos os pontos de atenção à saúde nos campos diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica e dos sistemas de informação à saúde. O quarto componente das redes de atenção na estrutura operacional de acordo com o Ministério da Saúde são os sistemas logísticos, os quais se caracterizam como soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação (BRASIL, 2010a). O quinto componente é a governança caracterizado como um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS. Assim, por meio destes sistemas transversais, articulam-se os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. Toda essa mudança nos sistemas de saúde exige uma característica inovadora que é a formação de teias relacionais onde os componentes, os nós, apresentam variações nos pontos de conexões, que se interligam pelos filamentos e formam uma verdadeira rede social interconectada (SIQUEIRA, 2001).

O terceiro elemento constitutivo da RAS é o modelo de atenção à saúde, conceituado como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e

epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010a).

Essa transformação de mentalidade é necessária para entender o quanto a visão ecossistêmica, na definição de um modelo de atenção a saúde, deve considerar as interconexões e inter-relações dos componentes integrantes do todo com o meio ambiente, a saúde, a educação e o respeito aos direitos humanos e animais, cada um em seu ecossistema em interação com o todo com uma perspectiva de qualidade de vida e não apenas uma assistência a saúde (LISBOA, 2012).

Os elementos constitutivos das RAS/RC, definidos como a população, estrutura operacional e o modelo de atenção a saúde ao inter-relacionar-se, influenciam mutuamente e produzem movimentos que, no pensamento ecossistêmico, podem ser vistos como oscilações ondulatórias, pois se expandem e se relacionam com todos e entre todos os componentes, possibilitando interconexões apropriadas a tecer redes relacionais interativas e mover-se em benefício do bem-estar do ser humano. Para Siqueira (2001), ao relacionar-se e participar deste processo sistêmico o ser humano aprende, ensina, transforma-se, constrói o novo, cresce, influencia e é influenciado pelo grupo.

Por meio das relações se processa o intercambio entre as AS para alcançar a integralidade do cuidado. Nesse processo, o diálogo constitui-se como elemento essencial para estabelecer as interconexões entre os elementos constituintes, especialmente, na definição das linhas de cuidado. Nesta dinâmica a comunicação, especialmente o diálogo, é o fio condutor que liga a rede, formando uma teia de relações e integrações com a população definida que necessita de cuidados.

A interação entre os elementos da estrutura operacional demonstra as influências mútuas imperativas entre os grupos da atenção, onde o ponto inicial de comunicação é a atenção primária à saúde, seguindo-se, o cuidado da assistência na atenção secundária e terciária. Assim, o usuário percorre um caminho delineado por meio de filamentos encontrando nós que são os serviços assistenciais, incluindo as bifurcações com os sistemas de apoio e logístico para atender seu anseio com relação a sua saúde. Nesse enfoque, a cooperação é um princípio ecossistêmico indispensável no sistema de governança que faz a gestão de toda esta rede. A colaboração entre os atores envolvidos nas RAS revela uma interdependência originando resultados positivos para a população que busca seu bem estar nos diversos componentes da rede.

Deste modo, ao propor olhar as RAS, especialmente, a RC na perspectiva do pensamento ecossistêmico, possibilita-se contribuir para um novo admirar, notadamente na

enfermagem, possibilitando aos profissionais um pensar e fazer inovador e transformador em relação às necessidades humanas e sua saúde. É compreender que a Rede Cegonha em sua estrutura, formada pelos elementos/componentes constitutivos, linhas de cuidado e ações e serviços que configuram os nós, está interligada por filamentos. Portanto, para que possa funcionar efetivamente, pode ancorar-se nos princípios do pensamento ecossistêmico como a interconexão, integralidade, interação, influências mútuas, cooperação e interdependência.

2.4 A Rede Cegonha e as Ações e Serviços do Enfermeiro na perspectiva ecossistêmica

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo MS por meio da Portaria nº 1495, sendo uma tática inovadora que visa de forma estratégica, delinear uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, assim como, às crianças no que se refere o direito ao nascimento seguro, crescimento e ao desenvolvimento saudáveis até os dois anos de idade. É um modelo de atendimento integral, discutido desde os anos 90 pela experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011c).

A RC constitui um desafio à organização da rede materno-infantil para cobrir o acolhimento e resolutividade, com diminuição da mortalidade materna e infantil, com olhar especial para a mortalidade neonatal (BRASIL, 2011a). Para Reis e Andrade (2008), o atendimento integral se divide em duas dimensões: a articulação entre os serviços de saúde e as práticas desenvolvidas pelos profissionais na assistência à saúde. A primeira dimensão visa a organização entre os serviços nos níveis de atenção entendida como uma rede com acesso e resolução para os problemas dos usuários. Na segunda dimensão, a integralidade envolve os atores da saúde por meio da conexão de ações promocionais, preventivas e curativas, diminuindo danos à saúde e contribuindo para a qualidade de vida.

O novo modelo de atendimento integral à mulher e a criança traz novas práticas de atenção garantindo às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. É oportuno lembrar que o parto não é um processo patológico e, sim, fisiológico e natural que constitui uma experiência única para a mulher (BRASIL, 2011c).

Por meio do pensamento ecossistêmico pode-se entender que o atendimento integral exige que as partes estabeleçam interconexões e relações dentro de todo processo de assistência à gestação até o nascimento do bebê para que as práticas de atenção tenham seus objetivos alcançados. Este processo com qualidades essenciais têm suas propriedades em conexão, formando o todo. Portanto, perceber a RC por meio do pensamento ecossistêmico significa buscar a interconexão entre as partes, promover a conexão entre os elementos que constituem a rede tornando-a dinâmica na busca da integralidade dentro do ecossistema.

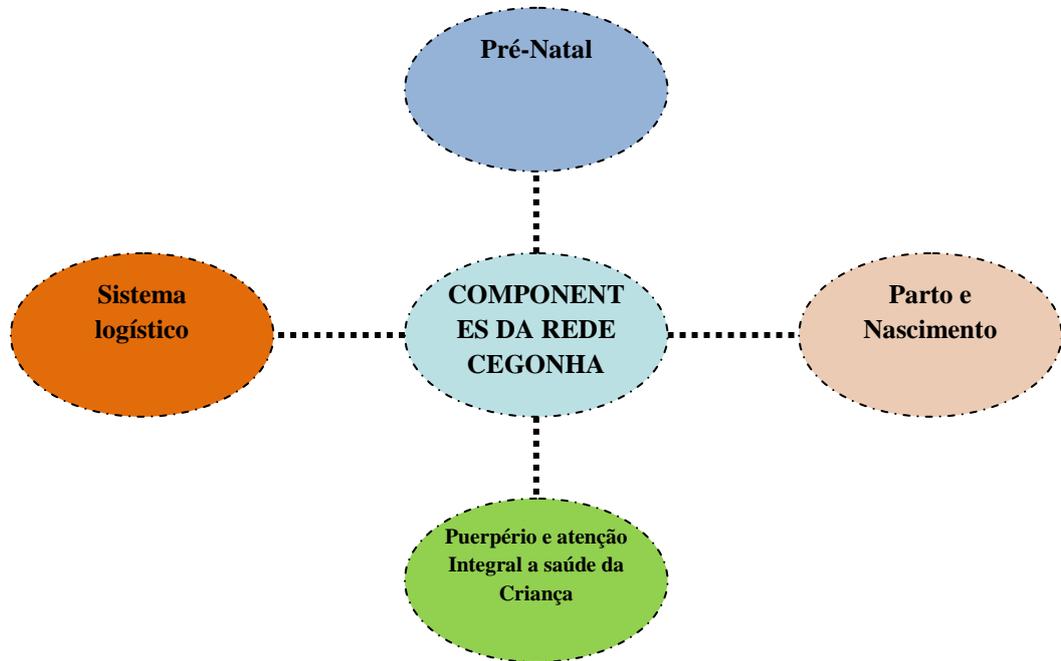
O pensamento sistêmico para Capra (2006) aprecia a conectividade, as relações e as conexões em um contexto. Nesta abordagem, defende que as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, compreendido como qualquer tipo de sistema (organização) tem propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas passam a existir das interações e das relações entre as partes. O autor considera ainda, que mesmo que se possam discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes.

Nesta visão é essencial a compreensão da realidade como uma totalidade onde os fluxos circulares assumem o lugar das relações lineares de causa e efeito. A circularidade elenca a compreensão do acontecimento pela retroalimentação de dados e dos resultados alcançados nos processos, que podem fazer conexão com outros sistemas. Assim, a RC é um sistema em conectividade com outros sistemas, abandonando a noção unidimensional empregando-se o processo, considerando as necessidades surgidas da diversidade das mulheres e crianças de maneira peculiar na área da saúde (CAPRA, 2006; SVALDI, 2011, MEDEIROS, 2013). Neste sentido, a melhoria da prestação dos serviços constitui um grande desafio, uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção.

A RC, considerada como um sistema aberto tem características de um processo infinito de intercâmbios em seu espaço trocando energia e informação. Esse processo é conhecido como metabolismo e permite que o sistema permaneça num estado de não equilíbrio, no qual está sempre em atividade (CAPRA, 2006, MEDEIROS, 2013). Ela tem como base essencial a análise de critérios epidemiológicos que traduzem a realidade de cada região fornecendo dados e informações. Sendo assim, são analisadas a taxa de mortalidade infantil, a razão de mortalidade materna e a densidade populacional.

Direcionando o olhar para a formação da RC ela é constituída por quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (Figura nº 3).

Figura 3 - Componentes da Rede Cegonha



Fonte: Base teórico-filosófica da revisão de literatura (BRASIL, 2010b), elaborado pelas autoras.

A RC compreende, como diretrizes, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade e a ampliação da qualidade do pré-natal, assim como a vinculação da gestante em uma unidade para o atendimento ao parto e o transporte seguro. Como parte dessas diretrizes, a gestante terá a garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, o atendimento garantido das crianças de zero a vinte e quatro meses com resolutividade e qualidade, incluindo ainda às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

De acordo com as políticas de adesão estabelecidas para a implementação da RC, descritas em cinco fases, são necessários a adesão do Estado em parceria com os Municípios, com a definição da(s) Região (ões) de Saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha no Estado e a instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Esse Grupo Condutor do Estado é responsável em mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização do processo de trabalho para a implantação da rede e, além

disso, é encarregado por identificar e apoiar solução de possíveis assuntos críticos em cada fase além de monitorar e avaliar o processo de implantação da RC (BRASIL, 2011a).

Todo este movimento para a implantação da RC manifesta princípios ecossistêmicos presentes nas ações e serviços de saúde que podem ser traduzidos em teias com nós tramados pela parceria, interdependência, inter-relação, solidariedade e cooperação entre as partes envolvidas com conhecimentos e práticas que podem ser compartilhadas. O compartilhar entre os gestores, definidos como mediadores, é imprescindível para acontecer a mudança e assim, contribuir com a sociedade, proporcionando condições de infraestrutura, recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade que permitam viabilidade e sustentabilidade dos serviços de saúde, respeitando os princípios filosóficos e organizativos do SUS (SILVA, 2013).

Após a primeira fase de adesão e diagnóstico, tem-se a segunda fase que objetiva a elaboração do Desenho Regional da RC. Esse trabalho é realizado pela comissão intergestora regional (CIR) com o apoio do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Neste contexto, realiza-se a análise da situação de saúde da mulher e da criança, incluindo dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária, dimensionamento da demanda assistencial, da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros (BRASIL, 2011c). Nessa conjuntura, a regionalização que é um dos princípios do SUS, é indispensável para conhecer as realidades locais no intuito de atender as necessidades específicas frente a atual situação de cada município pertencente a cada região.

Com o diagnóstico da situação atual são definidas as necessidades e as potencialidades da Região de Saúde, com projeção para a situação desejada na atenção à saúde materna e infantil. Também é estudada, nesta fase, a viabilidade de se implantar o Fórum Regional Rede Cegonha, definido como um espaço coletivo de debate que tem por objetivo reunir dirigentes, profissionais de saúde, usuários e outros envolvidos na atenção à saúde materna e infantil para discutir a construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e a contribuição na implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011c).

Sob o ponto de vista ecossistêmico a terceira fase possui um elemento de suma importância para dar continuidade ao processo, que é a cooperação entre os municípios da região. Nessa fase, é o momento de realizar a contratualização entre os gestores e os serviços de saúde sob sua gestão, orientado pelos indicadores, metas, responsabilidades e recursos definidos nos Planos de Ação Regional e Municipais. A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a

União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais (BRASIL, 2011c).

Esta colaboração entre os municípios que se unem para compor uma região para buscar soluções e vencer novos desafios demonstram uma percepção sistêmica, que contribui para o bem estar de todos, com novas possibilidades ao atendimento à gestante, à puérpera e ao bebê com qualidade e resolutividade como previsto na RC.

A quarta fase é a implantação das ações definidas para cada componente da Rede, com verificação periódica do cumprimento das ações e metas pactuadas nos Planos de Ação Regional e Municipais e o repasse de incentivo para os Municípios que qualificarem o componente pré-natal da RC. Na quinta e última fase incide a certificação a RC nas Regiões de Saúde que é concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º da Portaria nº 1.459/2011, após a avaliação de Qualificação dos Componentes (BRASIL, 2011c).

A RC foi delineada, estrategicamente, para superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças. Como prioridade visa à redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das AS de saúde, do combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011a).

A qualificação das AS de saúde perpassa pela atuação do profissional enfermeiro que se encontra presente nos mais diversificados espaços que a gestante percorre durante o período da gravidez, parto, nascimento e puerpério, bem como prestando o cuidado ao recém-nascido e, também, nos dois primeiros anos de vida. Ao assumir o modelo da humanização do parto, o enfermeiro precisa privilegiar o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando um cuidado menos invasivo possível, levando em consideração tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e também o ecossistema que envolve este binômio. Neste sentido, qualificar à atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2009a).

O enfermeiro, ao assumir a nova concepção de parto precisa utilizar de forma consciente as novas tecnologias de acordo com a evolução do processo de parturição. É preciso, incentivar a parturiente a assumir o protagonismo desse momento significativo de sua vida, permitir a presença de acompanhante de sua escolha e também incentivá-la a usar

tecnologias que permitem maior conforto para ela e seu bebê. Relacionando o cuidado do enfermeiro com a estratégia da RC compreende-se que esta faz conexão com vários outros programas, portanto a atuação do enfermeiro vai muito além da sala de parto.

Com base na legislação profissional da enfermagem, o enfermeiro na sua prática cotidiana desenvolve ações assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas (BRASIL, 1986; BRASIL 1987). Essas ações são desenvolvidas e apresentadas numa configuração interdependente e interconectada com a finalidade de atender as necessidades de saúde do usuário de forma integral (SIQUEIRA, 1998). Essa configuração foi apresentada pela primeira vez por essa autora em 1998.

Entende-se que, com as novas proposições da RC, a atuação do enfermeiro tem fundamental importância, não somente na assistência, mas também na sua operacionalização e gestão. A constituição de uma nova perspectiva sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde precisa de uma compreensão inovadora sobre o Ser Humano e sua totalidade. Essa totalidade envolve elementos que considera o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive e interage o ser humano.

3. METODOLOGIA

A metodologia envolveu o caminho seguido para o desenvolvimento da pesquisa. Descrevem-se, neste capítulo, a trajetória metodológica utilizada e as etapas abordadas: tipo de pesquisa, local do estudo, participantes da pesquisa, coleta de dados, a análise e interpretação de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Tipo de pesquisa

Caracteriza-se como descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Para Minayo (2014) a abordagem qualitativa traduz uma investigação sobre o significado mais profundo a respeito das relações sociais, o que não pode ser descrito em números.

A pesquisa qualitativa é entendida como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, como se sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Segundo Gil (2010), a pesquisa é considerada descritiva quando tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

Para Minayo (2014) o estudo exploratório permite ao investigador aumentar a experiência sobre um problema específico, promovendo maior familiaridade para explorar e se aproximar do tema. Ao investigar as ações e serviços do enfermeiro na RC surgem novas possibilidades para novas bifurcações e ou ramificações que possibilitam contribuir com novos conhecimentos científicos para a melhoria nas práticas de enfermagem, especialmente, na área materno-infantil.

3.2. Local da pesquisa

O cenário da pesquisa constituiu Ações e Serviços do município de Pelotas que integram a Rede Cegonha. Pelotas localiza-se na região sul do estado do Rio Grande do Sul (RS), possui uma população de 328.275 habitantes, considerado o terceiro município mais populoso do estado. A faixa etária prevalente na população é entre 20 e 39 anos de idade, de

cor/raça branca, mulheres, com renda mensal nominal entre ½ a 2 salários mínimos (BRASIL, 2010c).

Em relação à saúde, o município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1º de agosto de 2000. A rede de ações e serviços de saúde é composta por 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Centro de Especialidades, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI Navegantes) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Quanto as UBS, seis encontram-se sob gestão de Universidades (03 da Universidade Federal de Pelotas e 03 da Universidade Católica de Pelotas). Do total de UBS, 37 contemplam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), algumas com mais de uma ESF, totalizando 69 equipes de saúde da família e 01 equipe de PACS permanente com cobertura populacional de aproximadamente 70,17%. Conta também com 16 equipes de Saúde Bucal com Auxiliar de Consultório Dentário, 01 Laboratório Regional de Próteses Dentárias e um Centro de Especialidades Odontológicas Tipo I (CEO Jequitibá) (PELOTAS, 2016).

O município busca ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população com a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) possuindo 17 Unidades de Saúde vinculadas ao PMAQ, totalizando 26 equipes de saúde da família (USF Barro Duro, USF Simões Lopes, USF Navegantes, USF Arco Íris, USF Getúlio Vargas, USF Colônia Osório, USF Bom Jesus, USF Pontal da Barra e Nesga, USF Corrientes, USF Dunas, USF Obelisco, USF Vila Princesa, USF Vila Municipal, USF Pedreiras, USF Cordeiro de Farias, USF Cerrito Alegre e USF Sanga Funda). A rede hospitalar do município é constituída por sete hospitais, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Hospital Universitário São Francisco de Paula, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Espírita, Hospital Miguel Piltcher e Hospital Clinicanp. Destes, apenas cinco prestam serviços ao SUS, sendo que três possuem atendimento destinado a área Materno-infantil (PELOTAS, 2016).

3.3 Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar desta pesquisa enfermeiros coordenadores das AS desenvolvidos na RC no município de Pelotas, composta por: três hospitais e 13 UBS do município de Pelotas. As 13 UBS selecionadas possuem enfermeiros responsáveis pelo desenvolvimento das AS, denominados de “chefe de posto”, aqui considerados como

coordenadores. Desta maneira, foi possível obter as informações para contemplar os objetivos da pesquisa.

Após obter a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde (CEPAS), foi realizado contato com a SMS a qual indicou 13 enfermeiros, que posteriormente foram contatados via telefone para marcar dia e horário para realização da entrevista. Dos 13 participantes obteve-se confirmação para participação no estudo de 09 enfermeiros, sendo que, um não quis participar, duas encontravam-se em licença a saúde, e uma, após três tentativas de encontro, optou-se pela exclusão. Igualmente entre as três instituições hospitalares do município que formam a RC, uma optou em não participar do estudo, respeitando-se sua vontade.

Em relação à seleção dos participantes foram observados os seguintes critérios de inclusão:

- ser enfermeiro coordenador dos serviços de enfermagem na atenção básica e/ou ser enfermeiro coordenador da área materno-infantil das instituições hospitalares que fazem parte da RC do município de Pelotas;
- concordar em participar do estudo;
- permitir a divulgação dos dados pesquisados, por meio de publicações em eventos científicos, artigos e outros.

Foram critérios de exclusão:

- enfermeiros que não são coordenadores de UBS e nem enfermeiro coordenador da enfermagem da área materno-infantil dos hospitais da RC;
- estar em licença saúde e/ou férias no período de coleta dos dados;

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 31 de outubro à 11 de novembro de 2016 e teve início após autorização do Hospital Universitário São Francisco de Paula (ANEXO A), autorização da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B), e autorização do Hospital Escola da UFPEL (ANEXO C) bem como, a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (ANEXO D), parecer nº132/2016, por meio de uma entrevista semiestruturada escrita digital, assistida/dialogada.

Para Minayo (2014) a entrevista faz parte da relação formal do trabalho de campo, lugar de origem onde o pesquisador busca informações por meio dos discursos dos participantes. Ela é considerada como fonte de informação, que providencia dados primários e secundários os quais podem incluir crenças, valores, fatos, opiniões, sentimentos, atitudes, dados que não podem ser quantificados.

A entrevista semiestruturada é denominada por Minayo (2014) como aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de conversar sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo entrevistador. A entrevista não é somente a coleta de dados, mas uma situação de interação social entre o entrevistador e o entrevistado.

Para a realização da entrevista semiestruturada, foi utilizado um roteiro norteador com questões fechadas e abertas, construído, especificamente, para este trabalho (APÊNDICE E).

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento, com perguntas direcionadas ao enfermeiro contemplando questões abertas e fechadas de acordo com a questão norteadora, os objetivos e o referencial teórico. O roteiro possibilitou ao entrevistador, selecionar e explorar determinados pontos que o direcionaram a novos questionamentos. Partindo da livre explanação do entrevistado, pode-se chegar a pontos relevantes que auxiliaram no estudo. No momento da realização da entrevista, foi esclarecido a proposta do estudo, a questão norteadora da pesquisa e os objetivos, garantindo a cada participante o caráter confidencial, o anonimato das informações. Além disso, foi informado a cada participante, a possibilidade de desistir em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízo pessoal e ou profissional.

Realizou-se a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram convidados a assiná-lo em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o participante (APÊNDICE F), e solicitada autorização para divulgar os resultados obtidos em meios acadêmicos, bem como o compromisso de lhes comunicar os resultados alcançados com a pesquisa. Foi esclarecido ao participante que qualquer dúvida poderia ser elucidada pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, cujos dados constam no TCLE. Foram respeitados os aspectos éticos, morais e físicos dos envolvidos.

Posteriormente, a cada participante foi explanada a forma de condução do encontro, que consistiu em entrevista escrita/digital, assistida/dialogada. Compreende-se por entrevista assistida/dialogada a permanência do pesquisador junto ao entrevistado, durante o período da entrevista, com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas e assegurando o envio das respostas pelo participante. Ao participante foi disponibilizado um computador tipo *notebook* para que o mesmo digitasse as respostas das questões do roteiro da entrevista. Os dados coletados foram salvos na íntegra em arquivos, formando um banco de dados, analisados a *posteriori*.

3.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. Operacionalmente, a análise das informações obtidas obedeceu as fases seguindo o recomendado por Minayo (2014): Pré-análise que consiste na ordenação dos dados obtidos nas entrevistas, incluindo: transcrição, leitura e organização do material e dos objetivos iniciais da pesquisa; Exploração do material que diz respeito, essencialmente, a uma classificação dos dados: sendo dividido em três etapas de forma não seqüencial: a) Leitura exaustiva e repetida dos dados oriundos das entrevistas. Com possibilidade da apreensão das estruturas de relevância, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos chave de suas existências sobre as ações e serviços do enfermeiro na RC. O resultado deste processo definiu as categorias empíricas. b) Retomada da revisão de literatura sobre a temática em questão. c) Constituição de um ‘*corpus*’ que foi recortado e reagrupado de acordo com as categorias empíricas definidas. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento em que o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (MINAYO, 2014).

Deste modo, para realizar a organização dos dados, realizou-se a leitura minuciosa das informações obtidas por meio das 11 entrevistas e buscou-se identificar o seu sentido considerando a questão norteadora e objetivos. Posteriormente, verificaram-se os segmentos das falas que demonstraram maior adesão a essa pesquisa e, por conseguinte foi realizado o devido recorte. Portanto, para apresentar os resultados, alicerçado em Minayo (2014), foi necessário a organização dos dados; a codificação de resultados; realização da categorização e possibilitando a interpretação. De tal modo, a Análise Temática teve como ponto de partida a organização dos dados que permitiu a interpretação das mensagens e dos enunciados.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº. 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98 (BRASIL, 2007). Após a aprovação do projeto pela Banca Examinadora, o projeto foi registrado no SISNEP e cadastrado no site da PROSPESP/FURG e encaminhado ao Conselho da Escola de

Enfermagem da FURG para avaliação. Após aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS/FURG) para sua apreciação. A coleta de dados teve início somente após a aprovação da proposta pelo CEPAS, conforme protocolo de aprovação Parecer Nº 132/2016 (ANEXO D).

A cada participante foi solicitado assinar o TCLE em duas vias ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador. No documento assinado, constou sua participação voluntária, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos sendo garantido: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O participante foi respeitado em sua dignidade e autonomia, bem como anonimato, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurado também sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida. Todas as vias do TCLE contem o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEP (APÊNDICE F).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo aprecia a exposição dos dados capturados por meio de entrevista escrita/digital, assistida/dialogada com 11 participantes, 09 enfermeiros da atenção primária e 02 enfermeiros da atenção secundária e terciária que desenvolvem suas atividades em serviços que formam a Rede Cegonha do Município de Pelotas.

O instrumento de pesquisa, inicialmente, abordou questões referentes ao perfil sócio demográfico: sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na área, função ou cargo atual, pós-graduação com especialização, mestrado ou doutorado, local de atuação e vínculo empregatício o que permitiu apresentar o perfil dos participantes.

Para identificar as ações do enfermeiro nos serviços da RC, as questões abertas admitiram capturar inquietações, desafios, facilidades e dificuldades, bem como, novas possibilidades advindas dos participantes envolvidos, contribuindo, assim, para a efetivação do cuidado ofertado ao binômio mãe-bebê pelo enfermeiro nos diversos serviços de saúde. Descrevem-se ainda, acerca das linhas de cuidado identificadas nos serviços de saúde, dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros nas instituições de atenção primária, secundária e terciária, as relações entre os serviços que formam a rede e a percepção dos participantes sobre melhorias que a RC trouxe para a qualidade do atendimento à mulher e à criança.

Deste modo, ressalta-se que olhar a RC sob a perspectiva do Pensamento Ecológico envolve a necessidade da compreensão do todo, buscando melhorias frente às fragilidades/dificuldades presentes nestes espaços e, assim, idealizar e refletir acerca dos cuidados do enfermeiro à mulher e à criança, inseridas nas linhas de cuidado com ações e serviços que configuram os nós dessa rede que são interligados por filamentos, ou seja, pelas relações que se processam entre os elementos constituintes da rede como a totalidade/unidade. No intuito de compreender as ações e serviços do enfermeiro na RC cada uma das entrevistas teve a possibilidade de auxiliar nesta concepção da totalidade/unidade e, ainda, contribuiu para a melhoria do cuidado integral.

Com a finalidade de organizar e facilitar a visualização dos dados obtidos estes foram organizados em 09 quadros, versando sobre: o perfil dos participantes da pesquisa, ações e serviços desenvolvidos pelo enfermeiro na Rede Cegonha, linhas de cuidado da RC, capacitação recebida para desenvolver as ações e serviços da RC, desafios que o enfermeiro

enfrenta para desenvolver as ações e serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações e serviços na RC, funcionamento dos serviços que formam a RC, melhorias na qualidade do atendimento à mulher e à criança.

Quadro 1 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participantes/Enfermeiros	Sexo:	Todos os participantes, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11 são do sexo feminino.
	Idade:	Entre 30 e 40 anos: E1, E2, E9 e E10. Entre 41 e 50 anos: E3, E4, E5, E6 e E7. Entre 51 e 60 anos: E8 e E11
	Tempo de formação:	Menos de 10 anos: E10 Entre 11 e 20 anos: E1, E2, E3, E5, e E9. Entre 21 e 30 anos: E4, E6, E7, E8 e E11.
	Tempo de atuação:	Menos de 10 anos: E3 e E10 Entre 10 e 20 anos: E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9 e E11.
	Função ou cargo atual:	Obstetra: E1 Supervisor de Enfermagem: E2 Estratégia de Saúde da Família: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.
	Pós-graduação:	Lato <i>sensu</i> : E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Mestrado: E1
	Local de atuação:	Atenção Primária: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Atenção Secundária: E1 e E2
	Vínculo empregatício:	Celetista: E2 Celetista Público: E1 Estatutário: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados presentes no quadro 1 demonstram que os 11 participantes são do sexo feminino, com prevalência da idade entre 41 e 50 anos de idade, com apenas um enfermeiro com tempo de formação menor que 10 anos. No que se refere ao tempo de atuação a maioria tem entre 10 e 20 anos de atuação, destaca-se também que a maioria dos participantes atua na atenção primária, com vínculo empregatício estatutário e todos os participantes possuem pós-graduação, sendo apenas um com mestrado.

Quadro 2 – AÇÕES DO ENFERMEIRO DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Participantes	Ações do Enfermeiro desenvolvidas nos serviços que integram a Rede Cegonha
E1	Assistência direta de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e nascimento [...] visando nascimentos mais felizes, saudáveis e seguros e puerpério adequado [...] humanização do parto e nascimento, fortalecimento do vínculo mãe-filho e família [...] Assistência ao neonato e incentivo ao aleitamento materno; Elaboração de protocolos assistenciais de enfermagem, mas com foco

	<p>multiprofissional [...] de modo a tornar tais procedimentos uniformes na instituição, em todos os locais onde são realizados. [...] e uniformizamos esses procedimentos, considerando-se as especificidades de cada setor. Organização de cursos e eventos relacionados a área materno-infantil; Funções gestoras de organização, planejamento da unidade; Monitoração e avaliação de indicadores assistenciais específicos da área (morte materna e infantil); Participação no grupo de gestantes da instituição.</p>
E2	<p>Humanização na assistência à gestante, puérpera e recém-nascido, garantir que sejam assistidos de forma integral através da SAE, orientar às gestantes e familiares de seus direitos quando esta chega para uma avaliação, participação em comissão de óbito materno- infantil discutindo os casos de óbitos e planejando ações para evitar futuros óbitos.</p>
E3	<p>Consultas de pré-natal, busca de gestantes faltosas, detecção precoce de gestantes, testes rápido, acompanhamento do RN (triagem neonatal) e puérpera nos primeiros momentos e acompanhamento de puericultura, manter vacinas em dia, orientações sobre aleitamento materno.</p>
E4	<p>Consulta de pré-natal de baixo risco [...], teste do pezinho, testes rápidos, teste rápido de bhcg puericultura, imunização, consulta de enfermagem [...], Curso de gestante oferta semestral [...], reunião de equipe quinzenal, participação em reuniões pertinentes junto a SMS.</p>
E5	<p>Pela nossa estrutura precária do posto são realizadas ações bem básicas, quando o posto novo, que esta sendo construído ficar pronto, poderemos nos organizar melhor, pré-natal (testes rápidos), puericultura, vacinação, orientação sobre amamentação, teste do pezinho.</p>
E6	<p>Deteção precoce da gestante, busca ativa das faltosas e das do alto risco, orientar ACS para acompanhamento mais frequente das mesmas, consulta pré-natal, testes rápidos na primeira consulta, vacinação, orientação sobre amamentação, puericultura, teste do pezinho.</p>
E7	<p>Nesta UBS não desenvolvemos muitos trabalhos com gestantes, pois atualmente temos um médico 2 vezes por semana. O Pré-Natal é realizado pelo Enfermeiro com apoio médico. Testes rápidos, puericultura, vacinas.</p>
E8	<p>Cadastro para Ministério da Saúde das gestantes, pré natal, testes rápidos, grupo de gestante, evitando riscos através de atendimento diário se necessário, porém consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde, com busca ativa, se necessário, teste do pezinho, vacinas e puericultura da criança nascida; presença do dentista em grupo de gestante que acompanha o recém nascido e a mãe. priorizada a gestante ,consulta medica agendada para o medico na consulta de enfermagem de acordo com idade gestacional.</p>
E9	<p>A Adesão a Rede Cegonha proporcionou ao Município de Pelotas recursos para a implantação do Mãe Pelotense que foi criado com vistas a qualificação da assistência de pré-natal oferecendo alguns recursos como oferta de testes rápidos para a captação precoce das gestantes, oferta de duas rotinas de exames, agilização de exames de maior complexidade para o pré natal de risco, oferta de testes rápidos para IST, enxoval para o bebê, parceria Primeira Infância Melhor e com membros de entidades civis [...] dentre outros.</p>
E10	<p>Atendimento ao Pré-natal de Baixo Risco, testes rápidos, Consultas de Puericultura e Puerpério, Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) criando uma demanda de atendimentos tanto na UBS quanto no domicílio.</p>
E11	<p>Captação precoce das gestantes para pegar no primeiro trimestre, acolhimento, pode desenvolver trabalho junto aos médicos, mas não faz pré-natal, tem os kits rápido (sem capacitação) é solicitado via laboratorialmente, acompanhamento das gestantes com relação ao número de consultas, busca de faltosas, gestante de alto é encaminhada para o ambulatório Olivé ou HE FAU, puericultura (médicos), teste do pezinho, vacinas, encaminhamentos de crianças que precisam de especialista. A assistência social encaminha direto na secretaria para ser mais rápido, questionamentos de outros testes. feitos no hospital. Gestantes com 6 consultas e no 1 trimestre recebem a bolsa do mãe pelotense.</p>

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados coletados e apresentados no quadro 2 representam as ações do enfermeiro desenvolvidos nos serviços da RC. Na atenção primária destaca-se a realização de pré-natal e puericultura com qualidade. Na atenção secundária e terciária o destaque fica para a humanização do trabalho de parto, parto e nascimento, incluindo ainda a gestão de indicadores materno-infantis.

Quadro 3 – LINHAS DE CUIDADO DA REDE CEGONHA

Participantes	Linhas de cuidado desenvolvidas nas unidades
E1	A linha de cuidado materno-infantil desta instituição está sendo construída, com levantamento das ações e serviços ofertados, de modo a concretizarmos os objetivos, diretrizes e princípios da Rede Cegonha e realizarmos o fortalecimento e remodelamento dos nossos processos de trabalho.
E2	Humanização da assistência á gestante, ao binômio mãe e filho, garantir o direito à um acompanhante, incentivo e orientação ao aleitamento materno, avaliação do binômio até a sua alta.
E3	Coleta de teste do pezinho até 05 dias. vacinas da gestante em dia, testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites. Quanto a saúde da mulher são desenvolvidas atividades para prevenção e cuidado com a saúde da mulher como coleta de citopatológico e exame de mamas, com orientação ao planejamento familiar.
E4	Orientação aos ACS para captação precoce das mulheres em atraso menstrual, realização dos testes rápidos de bhcg na UBS, em caso confirmatório a usuária já é agendada para primeira consulta de pré-natal na UBS e ofertado ácido fólico neste momento, na 1ª consulta de pré-natal é realizado todos os registros de competência (sis, caderneta da gestante...), encaminhada para realizar os exames do pré-natal, agendado consulta odontológica, coletado citopatológico, se último exame há mais de 1 ano é agendado retorno em 1 mês ou retorno antes deste período se exames já estejam prontos. Se o ACS não tem informação da gestante da sua microárea, a mesma é informada para acompanhamento e busca ativa se necessário. Fica acordada com a gestante que qualquer intercorrência durante o período buscar assistência na UBS. Conforme protocolo do município, as gestantes que se enquadram na mãe pelotense recebem um enxoval no final da gestação.
E5	Acompanhamos a mãe e o bebe em todos os itens necessários e que a nossa estrutura permite
E6	Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, testes rápidos inclusive parceiro, exames de rotina cedo, puericultura, estimular AME até 6 meses de vida.
E7	Realizamos o pré natal nas gestantes chegadas à UBS no primeiro trimestre captadas pelos ACS, a mesma recebe todo o apoio da UBS relacionados a Exames, medicamentos e marcação dos mesmos pela UBS. Testes rápidos HIV, Sífilis, hepatite.
E8	Toda puericultura, teste do pezinho e atendimento sem Pediatra. É realizado de forma multiprofissional com enfermeiro e clínico geral. Pré-natal realizado pelo médico, com captação precoce das gestantes e busca de faltosas.
E9	Tanto para a gestante como para o bebê são ofertados serviços para a prevenção e manutenção da saúde como acompanhamento de pré-natal com realização de 2 exames ou mais se solicitados além de exames mais complexos, consulta de puerpério consultas (puericultura) para o bebê do nascimento até 72 meses de vida. A secretaria também conta com o pra- nenê que atende os bebês que nasceram em pré natal de risco e precisam de um acompanhamento especial. Em síntese as linhas de cuidado que são desenvolvidas são para o binômio Mãe e bebê e família.
E10	O Pré-natal e a Puericultura são realizados em equipe, a enfermeira atua juntamente com a médica da equipe, contamos com o apoio de dentista, nutricionista e assistente social. Procuramos focar em temas como Aleitamento Materno, Cuidados com o Recém-nascido, Estímulo do desenvolvimento, Prevenção de Acidentes e outros desde o pré-natal o que nos auxilia na puericultura e também o vínculo que temos com as famílias possibilita um acolhimento de forma integral.
E11	Captação precoce, se não compareceu a consulta porque se afastou, mudou de endereço [...] as vacinas da gestante. Vale transporte quando necessitam. Orientações para o planejamento familiar. Durante as consultas de enfermagem e pré-câncer é introduzido o assunto sobre planejamento, Puericultura, imunização (com busca dos faltosos), teste do pezinho...

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

No quadro 3 os dados representam as linhas de cuidado desenvolvidas com a mulher e a criança. De acordo com as necessidades de cuidado as ações são desenvolvidas

contemplando uma assistência integral com atuação na prevenção como: incentivo ao aleitamento materno, realização de testes rápidos, realização de puericultura e agendamento de consultas.

Quadro 4 – CAPACITAÇÃO RECEBIDA PARA DESENVOLVER AS AÇÕES NOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA

Participantes	Capacitação recebida para desenvolver as ações nos serviços da Rede Cegonha
E1	Sim, minha formação profissional foi ampla na área materno-infantil, desde 2009 participo do Programa Nacional de Humanização, que fomenta o remodelamento dos processos de trabalho obstétricos e neonatais, e participei de vários cursos de formação junto ao Ministério da Saúde enquanto estive como apoiadora regional de serviços que realizam pré-natal, parto e nascimento, pela Rede Cegonha\MS no estado onde trabalhava.
E2	Não, não recebi.
E3	Não.
E4	Não recebi capacitação específica, procurei buscar algumas informações através do portal do MS e afins.
E5	Não.
E6	Sim, através de reuniões de enfermagem.
E7	Sim sobre o acolhimento, facilitando o Pré-Natal na UBS com facilidade para o atendimento, auxílio transporte para as gestantes que ganham bolsa família.
E8	Recebi de um pediatra que capacitou à rede, há muito tempo atrás.
E9	Sim a Secretaria de Saúde providenciou capacitações para cada linha de cuidado ofertado
E10	Nunca recebi
E11	Não. Recebeu um convite de lançamento e quando há encontros são destacados algumas questões sobre a rede cegonha. Teste rápido, mas muito pouco não foi suficiente.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados descritos no quadro 4 demonstram que existem divergências quanto a capacitação, onde 5 participantes afirmam ter recebido habilitação para desenvolver as ações e serviços na RC e 6 relatam que não receberam nenhum tipo de educação quanto a este tema. Um dos entrevistados relata que participou de muitos cursos junto ao MS e outro afirma que nos encontros com a secretaria são destacados questões sobre a RC.

Quadro 5 – DESAFIOS QUE O ENFERMEIRO ENFRENTA PARA DESENVOLVER AS AÇÕES NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Participantes	Desafios que o enfermeiro enfrenta para desenvolver as ações e nos serviços que integram a Rede Cegonha
E1	Fortalecimento dos processos assistenciais com foco multiprofissional; conscientização das equipes com relação ao remodelamento do trabalho assistencial baseado em evidências científicas obstétricas e neonatais; empoderamento e governabilidade da atuação dos enfermeiros obstetras;
E2	Fazer com que os direitos das pacientes que aqui chegam sejam todos respeitados, principalmente no que diz respeito à humanização, pois nem todos os profissionais tem o mesmo entendimento sobre o

	momento delicado daquele ser que encontra-se fragilizado e muitas vezes não permite que o familiar esteja presente, ou seja, respeitada à decisão do paciente.
E3	Encaminhamento, referência da gestante para atendimento de maior complexidade. Dificuldades de encaminhamentos para especialidades.
E4	Alguns dos desafios enfrentados são: envolver todos os profissionais de forma eficaz e eficiente, demora nos exames de laboratório e eco obstétrico, acolhimento de forma humanizada nas maternidades (muitos relatos negativos das gestantes), contra-referência entre UBS x maternidade que não existe, falta de registros e/ou nota de alta da puérpera e na caderneta da criança, demora em realizar triagem auditiva neonatal.
E5	As dificuldades do serviço público, falta de espaço, recursos, material, pois no restante a aceitação é boa.
E6	Falta de autonomia, falta de contrarreferências, exames demorados ou nunca realizados, especialidades pediátricas faltosas, falta de respaldo e apoio da gestão.
E7	Captar a gestante no primeiro trimestre. Talvez não poder solicitar alguns exames, isso dificulta o atendimento, prescrição de medicamentos tipo sulfato ferroso quando anemia visualizada nos exames.
E8	Falta de recursos humanos uso do mesmo profissional para variadas atividades dentro e fora da unidade com poucas capacitações e muita rotatividade de pessoal, excesso de controle com muita burocracia e exigências de gerentes que nem são da área da saúde.
E9	O maior desafio para o enfermeiro é trabalhar a qualificação das linhas de cuidado dentro de uma rotina de trabalho repleta de outras atividades.
E10	Falta de capacitação, educação continuada.
E11	Nesta comunidade as pessoas são bem cientes sobre a importância de cuidar da sua saúde. As gestantes procuram o posto. Intensificar os cuidados com a mãe e a gestante e o bebê. O desafio de amamentar por mais de um ano.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados presentes no quadro 5 apresentam os desafios que o enfermeiro enfrenta para desenvolver as ações nos serviços Da RC. Entre estes desafios encontram-se questões estruturais, assistenciais, de gestão e a falta de autonomia e empoderamento do enfermeiro em realizar as ações possíveis como solicitação de exames de rotina e prescrição de medicamentos previstos e estabelecidos em protocolos.

Quadro 6 - FACILIDADES E DIFICULDADES DO ENFERMEIRO PARA DESENVOLVER AS AÇÕES NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Participantes	Facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações nos serviços que integram a rede cegonha
E1	Facilidades: amplo campo de atuação para implementação de práticas e melhoria de processos assistenciais; estímulo pelo MS para implementação das boas práticas obstétricas; minha experiência obstétrica, que me dá segurança para alavancar as mudanças que são propostas e estimuladas; apoio da governança institucional para aprimoramento das práticas de trabalho e humanização assistencial. Dificuldades: poucos profissionais especialistas; estrutura física deficitária, que impossibilita a implementação integral das ações e serviços propostos pela Rede Cegonha, como por exemplo, os leitos de pré-parto, parto e nascimento dentro do contexto dos Centros de Parto Normal;
E2	Ter uma equipe multidisciplinar, para que possam ser feitas todas as ações necessárias dentro do âmbito hospitalar, pois somos uma porta de entrada para pacientes de alto risco, que muitas vezes chegam com pré-natal incompleto ou até mesmo sem nenhuma consulta, neste momento que o enfermeiro faz admissão consegue perceber todas as necessidades daquele momento soluciona algumas e outras tem o suporte da equipe. Dificuldade por sermos um hospital de alto risco e à paciente tem alta antes mesmo de ter o seu bebê o não conseguir garantir que ela conseguirá ter o seu filho no local onde foi acolhida em um primeiro momento, ou não ter um leito que possa acolher o seu filho acredito ser a maior

	dificuldade, causa bastante apreensão.
E3	Facilidades no que compete a unidade como acesso e cuidado a mãe e criança nas atividades de rotina como pré-natal e acompanhamento da criança, encontramos dificuldades nos encaminhamentos para atendimento fora da rotina da unidade com gestantes que precisam de exames com maior rapidez, encaminhamentos de risco e alguns casos de retorno a unidade que necessitam de cuidados nos seguimentos fora da unidade.
E4	Acredito que já expressei a opinião no item acima, mas a restrição em capacitações na área específica e um entrave, a comunicação é muito precária e quando ocorre é vertical. UBS e maternidade muito distantes, não existe interação, muitas vezes trazendo prejuízo a gestante. A gestante somente tem acesso a maternidade quando se encontra em trabalho de parto e quando isto ocorre muitas vezes ela necessita perambular por diversas maternidades, os motivos são os mais diversos, entre eles falta de leito, maternidade fechada, profissional que avalia nem sempre julga necessário internação naquele momento. Falta educação continuada e em conjunto com todos os profissionais que se envolvem na saúde da mulher, neste caso específico a gestante (UBS x maternidade x PIM x serviço social...), envolvendo a todos, acredito que iríamos melhorar a assistência prestada, levando em consideração do lado humanístico da mulher e os seus envolvidos.
E5	Penso que aquelas que estão relacionadas com o gestor
E6	Dificuldades idem a acima, (autonomia, contrarreferência, exames demorados, falta de respaldo e apoio da gestão) facilidade é ter um contato maior com mães e filhos, família o q possibilita um trabalho bem abrangente.
E7	Apoio a gestante e ao RN orientações a puérpera, sobre anticoncepção dispõe de todo o apoio ao RN como puericultura e vacinas acompanhamento até 2 anos, dificuldade não poder solicitar exames, medicar uma anemia, encaminhar a um outro serviço como psicologia, ginecologia etc...
E8	Não somos ouvidos pelas gerências, e sem respostas sobre problemas relatados.
E9	Pela sobrecarga de atividades hoje realizadas pelo enfermeiro dentro do serviço de saúde uma das maiores dificuldades está no preenchimento de diversos relatórios e papeis que são extremamente importantes para os planos estáticos, mas que “roubam” grande parte do tempo que poderia ser disponibilizado pra atividades de promoção e prevenção. A facilidade está na parceria com a secretaria de saúde e rede primária que mantém os esforços para seguir os moldes do mãe pelotense.
E10	Os principais entraves são os encaminhamentos que quando necessários demoram muito, no Pré-natal normalmente temos problemas com ultrassonografia (já ocorreu de chamarem para o exame depois que a criança já havia nascido) e na puericultura os maiores problemas são teste da orelhinha e avaliação com neurologista.
E11	Falta de capacitações, atualização com tempo em horário de trabalho. Tem material suficiente para as necessidades da população.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores.

O Quadro 6 aborda as facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações nos serviços da RC. As facilidades são demonstradas na assistência direta à usuária, para a qual o cuidado é realizado sem nenhuma outra dependência. Quanto às dificuldades encontra-se a falta de profissionais capacitados, falta de leitos suficientes, falta de autonomia e comunicação ineficaz com o gestor.

Quadro 7 – FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Participantes	Funcionamento dos serviços que integram a Rede Cegonha
E1	Não funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência dos serviços que realizam pré-natal, parto e nascimento; Pré-natal com qualidade deficitária: falta de registros nos cartões de gestante, número de consultas reduzidas, falta de realização de testes rápidos de HIV e sífilis, principalmente no último trimestre, falta de vigilância nos agravos obstétricos, dentre outros;

	falta de planejamento da implantação e implementação das diretrizes que ordenam a Rede Cegonha.
E2	Á mulher identifica que está grávida muitas vezes em uma consulta na unidade básica, médico orienta que deve fazer no mínimo 6 consultas de pré-natal, algumas dão seguimento outras abandonam, quando identificadas como alto-risco são referenciadas para outras unidades que atendem este tipo de pré-natal, caso necessitem de uma internação são encaminhadas pelos serviços de pré-natal ou muitas vezes procuram os hospitais para serem avaliadas, se necessário internam e muitas delas ficam até o nascimento do bebê e o seu destino se para o alojamento conjunto com à mãe, ou se para UTI neonatal ou para Unidade Tratamento Semi-Intensiva Neonatal, caso o bebê necessite ficar internado e à puérpera esteja apta para alta, ela terá sua alta e ficará vindo acompanhar o seu filho nos horários estabelecidos pelo hospital e será orientada antes de sua alta à manter à lactação e a vir ordenhar o seu leite para que posteriormente o bebê possa receber. Até o mesmo dar alta e os dois serão referenciados para o ambulatório ou unidade básica de seu município para continuarem sendo assistidos.
E3	Os serviços funcionam através de referência e contrarreferência com bastante dificuldade e precariedade
E4	Todas as UBS da cidade estão aptas para atender as gestantes de baixo risco gestacional, atendidas durante o período, solicitadas os exames laboratórios pertinentes, onde o município mantem contratualizados alguns laboratórios pelo SUS, o requerimento dos exames é padronizado para o pré-natal para que ocorra agilidade nestes exames, 3 maternidades da cidade oferecem atendimento SUS ao parto, no caso de intercorrência com a gestante existe a casa da gestante para internação e tratamento que julgar necessário, ofertados ao RN exames pertinentes, como teste do coraçõzinho, teste do olhinho, teste do pezinho e encaminhado para triagem auditiva neonatal. Em caso de intercorrência no parto, pós-parto ou com o RN, o mesmo é inscrito no programa prá-nene, dando garantia ao mesmo de uma consulta quinzenal até o 2º mês da criança.
E5	O que temos autonomia é encaminhado diretamente e o restante feito via regulação
E6	A gestante vem ou é trazida pela ACS a UBS é feito o acolhimento inicial, se necessário faz-se teste confirmatório, são dadas orientações iniciais, solicitado exames, agendado pré-natal.
E7	Geralmente é por encaminhamentos se for de risco maternidade ou casa da gestante, e se urgência chamamos ambulância. Do restante segue o pré-Natal 1 x por mês e nos 8 meses consultas de 15 em 15 dias após o nascimento de 3 a 5 dias realizamos o teste do pezinho
E8	Comunicação diversas opiniões superficiais sem fundamento e gerencia sem se importar com a resolutividade dos problemas.
E9	Funcionam através de rotinas estabelecidas-firmadas com a secretaria. O vinculo maior é feito com serviços diretos como: Saúde da Mulher, Saúde da criança, Saúde do adolescente, DST AIDS, Regulação de exames.
E10	A rede Cegonha deveria de ser uma rede integrada compondo o acompanhamento da mulher e da criança desde o pré natal até a primeira infância, o que percebo é que não existe uma “rede” interligando todos os atendimentos.
E11	Posto-hospital-posto, chegando ao Hospital se não tem leito o local deve providenciar um hospital para conseguir leito, assim como leito de UTI-neo. Via telefone ou por escrito.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

As informações presentes no quadro 7 envolvem o funcionamento dos serviços que formam a RC, a atenção primária, secundária e terciária, bem como os demais serviços disponíveis na rede. Neste aspecto observa-se com destaque a falta de comunicação por meio da referência e contrarreferência, onde para ambas as partes ocorre a falta de informações relacionadas a saúde da mulher e da criança.

Quadro 8 – ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE E BEBÊ ENTRE OS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Participantes	Encaminhamento da gestante e bebê entre os serviços que integram a RC
E1	Atualmente, os encaminhamentos são feitos em formulários/receituários dos serviços específicos, e\ou

	por contato telefônico entre os mesmos.
E2	Os serviços referenciam através de um encaminhamento que é entregue à gestante e lhe é explicado aonde ela deve ir e para que, geralmente quem está encaminhando faz contato telefônico com o profissional que irá receber passando a situação da paciente.
E3	Os encaminhamentos acontecem através de sistema de referencia via secretária ou direto no local que a gestante necessita o que dificulta e demora muito o acesso.
E4	A referência e a contra-referência é um agravo dentro do município, não trabalhamos como uma rede bem construída e responsável pela falha na comunicação, onde UBS e maternidade quase não se comunicam. Na nossa prática diária, sempre que necessitamos encaminhar uma gestante, seja para avaliação de intercorrências ou por trabalho parto, sempre enviamos junto a gestante o formulário do sistema de referência com informações pertinentes daquele momento, para que o profissional que acolher na maternidade tenha informação do ocorrido, mas nunca recebemos a contra-referência. Acredito que somente tornaremos a rede cegonha eficaz, eficiente e humanizada, quando todos os envolvidos se comprometam pela gestante e sua família.
E5	Geralmente é feito encaminhamento pelo serviço que acompanha para regulação da SMS e depois é feito contato com paciente
E6	Por sistema de referência, ou telefone. Contra-referência quase não existe
E7	Através do contato telefônico de um profissional a outro, quando houver necessidade e por agendamento facilitando o atendimento.
E8	Através de encaminhamentos à saúde da mulher e da criança.
E9	Acontece na maior parte das vezes pelo serviço de regulação municipal.
E10	Através do sistema de contrarreferencia, eu acho porque nunca fui informada sobre isso.
E11	Encaminha para hospital quando necessário em formulário não padrão.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

O quadro 8 contém informações sobre como sucedem os encaminhamentos da gestante ou bebê entre os serviços da RC. Os participantes evidenciaram que: os encaminhamentos são realizados em formulário não padrão ou, também, concretizados por contato telefônico, assim como, são dadas orientações à gestante que é encaminhada aos demais serviços.

Quadro 9 – MELHORIAS NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO À MULHER E A CRIANÇA

Participantes	Melhorias na qualidade do atendimento à mulher e a criança
E1	Não respondeu a questão
E2	Em se tratar de uma portaria ter sido criada em 2011, algumas coisas acontecem no dia-a-dia do âmbito das redes integradas que acontecem, mais informal do que meramente seguir tal qual rege a portaria.
E3	Não. O que entendo é que os serviços e ações da RC ainda não são bem divulgados ou os profissionais não tem ou não buscam as informações necessárias para o bom funcionamento da rede.
E4	Acredito que com a implantação da rede cegonha, alguns avanços aconteceram, mas muito ainda precisa ser feito, enquanto todos os atores envolvidos não estiverem envolvidos e comprometidos, não iremos qualificar a assistência prestada e, portanto não conseguiremos melhorar a qualidade de vida das pessoas/comunidades envolvidas, pois de nada adianta estar nos papéis se na prática muita coisa não acontece. Acredito que a criança encontra-se melhor assistida do que a gestante/puérpera, porque algumas ações foram implantadas no período, o direito ao triagem auditiva neonatal, teste do coraçozinho, imunização para hepatite b na maternidade, pré-nene, acompanhamento pelo pim nas famílias mais carentes, mas acredito que poderíamos qualificar muita mais, para tanto falta na minha opinião que estas ações saiam das gavetas e dos papéis e sejam colocadas em prática, onde todos nós

	atores envolvidos devemos estar comprometidos e dar resolutividade as ações prestadas.
E5	Acredito que muitos avanços, principalmente por chamar atenção dos usuários sobre a importância de um bom acompanhamento.
E6	Em parte a atenção básica falha na falta de profissionais, medicamentos, embora a ESF faça um acompanhamento mais próximo (e isso é muito importante), faltam mais condições em exames, leitos, a rede de saúde em Pelotas é falha!!!!
E7	Sim Facilidade do encaminhamento para outro profissional.
E8	Sim, devido esforço dos profissionais que se importam com o paciente ou usuário.
E9	Sim Houve melhora na agilização de exames, na oferta de serviços, medicações para prevenção de parto prematuro (progesterona) captação precoce e incentivo as realizações das consultas de pré natal, além da busca ativa de gestantes pelos ACS e PIM.
E10	Houve melhorias sim, como a requisição de exames para gestante que é diferenciada (realizada mais rápido), mas ainda tem muitas melhorias a serem realizadas.
E11	Houve sim os kits, vacinas, relatórios das gestantes e crianças, o cuidado e atenção com o teste do pezinho com destaque, a captação precoce, bolsa mãe pelotense como incentivo o vale transporte para deslocamento. A bolsa família que ajuda.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Neste quadro 9 estão reunidos dados sobre a percepção de melhorias com a implantação da RC. A maioria dos participantes refere que houve muitos avanços nas ações e serviços ofertados, porém, existe a conscientização que outras melhorias possam ser realizadas para contemplar as diretrizes da RC.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados das entrevistas foram analisados e interpretados utilizando o método de Análise Temática (AT) de Minayo (2013). A AT consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto visado”. Esta técnica foi realizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os dados após coletados foram submetidos às etapas descritas por Minayo (2013). Na primeira etapa realizou-se a pré-análise, em que os dados foram lidos e organizados, sendo retomados os objetivos iniciais do estudo e as questões de pesquisa. Após leitura flutuante do material pelo contato exaustivo com o mesmo posteriormente, procedeu-se a organização do material e análise respeitando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesta etapa, foi realizada a exploração do material por meio das leituras extenuantes e, selecionadas palavras mais significativas dos textos, ou seja, as Unidades de Registro. Na terceira e última, etapa procedeu-se a associação dos dados e a escolha das categorias e subcategorias.

Nos quadros 10, 11, 12, 13 e 14 estão representadas as categorias, subcategorias e Unidades de Registro. Os dados foram agrupados nas categorias: Perfil Sócio-demográfico dos participantes do estudo; Linhas de Cuidado, ações e serviços do enfermeiro na RC; Educação continuada e os desafios do enfermeiro na RC; Inter-relação entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC; Desafios do enfermeiro na RC, sob a perspectiva do Pensamento Ecológico.

Quadro 10 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro
Perfil Sócio-demográfico dos participantes do	Sexo	Feminino: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11
	Idade	De 30 a 40 anos: E1, E2, E9 e E10. De 41 e 50 anos: E3, E4, E5, E6 e E7. De 51 e 60 anos: E8 e E11
	Tempo de formação	Menos de 10 anos: E10 De 11 e 20 anos: E1, E2, E3, E5, e E9. De 21 e 30 anos: E4, E6, E7, E8 e E11.

estudo	Tempo de atuação	Menos de 10 anos: E3 e E10 De 10 e 20 anos: E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9 e E11.
	Função ou cargo atual	Obstetra: E1 Supervisor de Enfermagem: E2 Estratégia de Saúde da Família: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.
	Pós-graduação	Lato sensu: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Mestrado: E1
	Local de atuação	Atenção Primária: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Atenção Secundária: E1 e E2
	Vínculo empregatício	Celetista: E2 Celetista Público: E1 Estatutário: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 11 – AÇÕES DO ENFERMEIRO E AS LINHAS DE CUIDADO NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE CEGONHA

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registro
Ações do enfermeiro e as Linhas de cuidado nos serviços que integram a Rede Cegonha	Atenção primária	Prevenção de agravos a mulher e a criança: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 E11. Acompanhamento do binômio mãe-bebê: E3, E4, E5, E6, E8, E10 e E11.
	Atenção secundária	Humanização no parto e nascimento: E1 e E2 Avaliação de indicadores maternos infantis: E1 e E2 Assistência integral ao binômio mãe-bebê: E1 e E2
	Atenção primária e secundária	Orientações e incentivo ao aleitamento materno: E1, E2, E3, E5, E6. Adoção das diretrizes: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.
	Linha de cuidado para mulher	Captação precoce de gestantes: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Acompanhamento do pré-natal: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Direitos da mulher/autonomia: E1 e E2
	Linha de cuidado para a criança	Desenvolvimento e crescimento: E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Direitos da criança/formação de vínculo: E1 e E2

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 12 – EDUCAÇÃO PERMANENTE E OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA RC

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro
Educação permanente e os desafios do	Desafios quanto ao profissional	Adoção de novas práticas: E1, E3, E9. Capacitação das equipes: E1, E2, E3, E8, E9. Referência e Contrarreferência: E3, E4, E6, E9, E10. Recursos materiais e humanos: E5, E8, E9, E10. Falta de autonomia: E6, E7, E9.

enfermeiro na RC	Desafios quanto ao binômio mãe-bebê	Captação precoce: E7, E9. Direito das mulheres: E2, E9. Amamentação pós 6 meses: E11.
	Capacitação para desenvolver as ações nos serviços da RC	Profissionais capacitados: E1, E6, E7, E8 e E9. Profissionais não capacitados: E2, E3, E4, E5, E10 e E11.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 13 – INTER-RELAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS, FACILIDADES E DIFICULDADES DO ENFERMEIRO PARA DESENVOLVER AS AÇÕES DE CUIDADO NA RC

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro
Inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na Rede Cegonha	Facilidades	Desenvolvimento e melhoria dos processos de cuidado: E1, E2, E3, E4, E7, E9. Parceria com a secretaria: E9 Material suficiente: E10 Não relacionaram facilidades: E5, E6, E8 e E11.
	Dificuldades	Profissionais Qualificados: E1, E4 e E11. Relação/comunicação com os gestores: E4, E5, E8 e E11. Encaminhamentos: E3 e E10 Insuficiência de leitos neonatais/ estrutura: E1, E2 e E4. Enfermeiro sem autonomia com excesso de ações administrativas: E6, E7, E9.
	Funcionamento e formas de encaminhamentos	Formulário não padronizado/Contato telefônico: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Pré-natal precário (gestante e serviços): E1, E2, E8. Referência e Contrarreferência deficitária: E1, E2, E3, E5, E7, e E11.
	Melhorias sucedidas com a RC	Não respondeu: E1 Sem melhorias por falta de divulgação: E3 Melhorias pelo comprometimento dos profissionais: E2, E4, E5, E6, E7 e E8. Melhorias a saúde mulher e da criança: E4, E9, E10 e E11.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 14 – DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA RC, SOB A PERSPECTIVA DO PENSAMENTO ECOSISTÊMICO

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro	
Desafios do enfermeiro na RC, sob a perspectiva do Pensamento	Educação permanente e os desafios do	Desafios na Capacitação do profissional	Adoção de novas práticas: E1, E3, E9, Capacitação das equipes: E1, E2, E3, E8, E9, Referência e Contrarreferência: E3, E4, E6, E9, E10.

Ecosistêmico	enfermeiro na RC		Recursos materiais e humanos: E5, E8, E9, E10. Falta de autonomia: E6, E7, E9. Profissionais capacitados: E1, E6, E7, E8 e E9. Profissionais não capacitados: E2, E3, E4, E5, E10 e E11.
		Desafios na orientação/educação ao binômio mãe-bebê	Captação precoce: E7, E9 Direito das mulheres: E2, E9. Amamentação pós 6 meses: E11
	Inter-relações entre os serviços, para desenvolver as ações de cuidado na Rede Cegonha	Facilidades	Desenvolvimento e melhoria dos processos de cuidado: E1, E2, E3, E4, E7, E9. Parceria com a secretaria: E9 Material suficiente: E10 Não relacionaram facilidades: E5, E6, E8 e E11.
		Dificuldades	Profissionais Qualificados: E1, E4 e E11. Relação/comunicação com os gestores: E4, E5, E8 e E11. Encaminhamentos: E3 e E10 Insuficiência de leitos neonatais/estrutura: E1, E2 e E4. Enfermeiro sem autonomia com excesso de ações administrativas: E6, E7, E9.
		Funcionamento da RC e formas de encaminhamentos	Formulário não padronizado/Contato telefônico: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Pré-natal precário (gestante e serviços): E1, E2, E8. Referência e Contrarreferência deficitária: E1, E2, E3, E5, E7, e E11.
		Melhorias sucedidas com a RC	Não respondeu: E1 Sem melhorias por falta de divulgação: E3 Melhorias pelo comprometimento dos profissionais: E2, E4, E5, E6, E7 e E8. Melhorias à saúde mulher e da criança: E4, E9, E10 e E11.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Os dados das 11 entrevistas foram analisados utilizando a Análise de Temática seguindo os passos de Minayo (2014) e refletidos à luz do Pensamento Ecosistêmico e registrados nos quadros 10 à 14.

6 – DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir realiza-se a discussão, de parte dos dados organizados, em dois artigos. O primeiro artigo tem como objetivo descrever e analisar as linhas de cuidado e as ações e serviços que o enfermeiro desenvolve na RC no município de Pelotas, na perspectiva Ecológica e tem como título “Cuidado do enfermeiro ao binômio mãe-bebê na Rede Cegonha embasado no Pensamento Ecológico”. Deste modo, visa-se contribuir com novas bifurcações que emergiram durante a pesquisa a respeito do intento do saber e do fazer do enfermeiro para o atendimento integral com acolhimento e resolutividade no novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. O segundo artigo, intitulado “Rede Cegonha e a inter-relação dos nós que formam a teia de cuidados” tem como objetivo compartilhar os desafios encontrados pelo enfermeiro nos diversos serviços e sua inter-relação na RC de atenção à saúde da mulher e da criança.

6.1 – ARTIGO 1

Cuidado do enfermeiro ao binômio mãe-bebê na Rede Cegonha embasado no Pensamento Ecológico¹

Mara Regina Bergmann Thurow²
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira³

1 Artigo extraído da Dissertação: THUROW, Mara Regina Bergmann. “Ações do Enfermeiro nos Serviços que integram a Rede Cegonha na Perspectiva Ecológica 2016. 105p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil, 2016. Linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde. Será encaminhado para a Revista Texto & Contexto Enfermagem. <http://www.textoecontexto.ufsc.br/>

2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG/ RS, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde - GEES.Brasil.E-mail: marathurow@gmail.com

3 Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG/Rio Grande/ RS, Brasil. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa:Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde - GEES E-mail: hedihsiqueira@gmail.com.br

RESUMO: Objetivou-se conhecer as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nas linhas de cuidado nos serviços que integram a RC no município de Pelotas, na perspectiva ecossistêmica. Estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, com onze enfermeiros que atuam nos serviços que formam a Rede Cegonha. A coleta de dados sucedeu no período de outubro e novembro de 2016 por meio de entrevista semiestruturada escrita/digital assistida/dialogada e para a análise utilizou-se Análise Temática de Minayo. As ações e serviços proporcionados na Rede Cegonha ao binômio mãe-bebê são desenvolvidos na atenção primária, secundária e terciária de saúde, seguindo linhas de cuidado para contemplar o cuidado integral dispensado à mulher e à criança até os dois anos de idade. As ações e serviços em saúde demonstram sinais para novas transformações, abarcando a cooperação, a integração e a inter-relação entre os elementos constituintes da Rede Cegonha. Percebe-se, ainda que incipientes, interconexões necessárias para alcançar a totalidade/unidade do cuidado, princípios presentes no Pensamento Ecossistêmico.

Descritores: Assistência integral à saúde, Rede Cegonha, Saúde materno-infantil, Enfermeiro e Ecossistema.

INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 e desenvolvida, em âmbito nacional, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa temática engloba uma rede de ações e serviços que objetivam garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. Visa assegurar, também, o direito ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável da criança até os dois anos de idade.¹

Essa estratégia traz no seu escopo os direitos certificados à mulher, ao recém-nascido e à criança e tem como finalidade o enfrentamento da mortalidade materno-infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento. As diretrizes e objetivos propostos extrapolam os elementos estruturais e de financiamento do atendimento. Nesse sentido, a RC, além de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, decorre na implantação de um novo modelo de atenção à gestante e ao recém-nascido.¹⁻²

A partir da definição das regiões abrangentes da rede, a organização da RC precisa possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção com articulação entre os serviços de

atenção à saúde para um cuidado integral.¹⁻² Esse cuidado integral contempla a assistência com ações e serviços desenvolvidos na atenção primária à saúde (APS), bem como na atenção secundária e terciária de saúde. Essa articulação entre os serviços contempla elementos socioculturais presentes nos princípios do Pensamento Ecológico.

A evolução na área materno-infantil percorreu um longo caminho até atingir a RC. Neste contexto, as ações e serviços (AS) em saúde demonstram sinais para novas transformações, abrangendo a cooperação, a integração e a inter-relação entre os elementos que formam os serviços de saúde. Esses princípios permitem a interconexão necessária para a totalidade e integralidade do cuidado contemplando a mulher nas suas diferentes fases de vida, bem como, o recém-nascido com as ações previstas na RC. A visão de totalidade e organização com interconexões e interações dinâmicas, complexas e mútuas pode ser percebida como um novo modelo de sistema de saúde no contexto materno-infantil, no qual os elementos constituintes, cooperam, interagem entre si e influenciam-se mutuamente, princípios que emanam do Pensamento Ecológico.³⁻⁵

A implementação desse modelo, que possui como finalidade atender a necessidade da mulher em seu ciclo gravídico, puerperal e vital, precisa ser acompanhado de modificações arquitetônicas e ambientes propícios e necessários para a prática da humanização. Entretanto, somente mudanças estruturais não realizam a concretude da mudança paradigmática, é preciso que essa venha acompanhada de mudanças de atitudes, comportamentos e ações. Essas mudanças precisam envolver o governo, os profissionais que fazem parte das equipes multiprofissionais da saúde, as usuárias e a sociedade.⁴ Assim, é possível buscar fundamentação teórico-filosófica nos princípios do Pensamento Ecológico que contempla a interação entre todos os elementos que constituem a realidade, que se inter-relacionam, influenciam-se mutuamente, cooperam e se transformam.

Todos, em conjunto, necessitam acompanhar as transformações e apoiar essa nova forma de atendimento das AS, compreendendo que cada um possui função específica no alinhamento, entendimento e reconhecimento para implantação e consolidação das RAS. Neste sentido, o enfermeiro torna-se capaz de alcançar e consolidar objetivos institucionais e éticos, além de, na maioria das vezes, tornar-se responsável por programas e políticas públicas de saúde, fazendo desta forma o *link* entre as metas dessas políticas e a inserção das propostas na realidade em que atua.³

Para contemplar uma atenção integral descrevem-se as linhas de cuidado organizadas para dar continuidade à assistência com resolutividade, pois expressam os fluxos assistenciais. Essas linhas são compreendidas como um conjunto de ações e serviços embasados em

saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de condições específicas. Em consonância com o Sistema Único de Saúde e nas propostas do Ministério da Saúde, elas estão centradas no usuário e são desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário). Assim como nos sistemas de apoio, desenham, a linha de cuidado com o itinerário terapêutico a ser trilhado pelos usuários na rede.⁶

O enfermeiro como profissional da saúde e participante ativo desta nova configuração das AS de saúde em forma de rede, pode contribuir, significativamente, para a transformação das ações em saúde nos quatro pilares de atuação: assistencial, gerenciamento, ensino e de pesquisa estabelecendo relações e fazendo conexões e interações que colaborem para a qualidade de vida do ser humano. Com base na legislação profissional da enfermagem, o enfermeiro na sua prática desenvolve ações assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas.⁷⁻⁸ Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro frente aos desafios em qualificar e humanizar a atenção à saúde e cooperar para a qualidade de vida das mulheres usuárias da RC têm a possibilidade de fazer interconexões para a produção do cuidado por meio das AS. Ao compartilhar conhecimentos mútuos entre os elementos estruturantes da RC estabelece inter-relações e, assim, satisfaz as necessidades individuais e coletivas da população além de auxiliar a tecer a teia do cuidado integral.

Ao tecer a teia do cuidado integral na RC, por meio da promoção da saúde, do envolvimento dos governantes em todas as instâncias e a inclusão da sociedade no controle social é possível contribuir para a garantia de qualificação e humanização com possibilidade de reduzir a mortalidade materno-infantil. Deste modo, juntamente com a evolução das políticas públicas, a atuação do enfermeiro se transforma, ao focar não somente na APS por meio do pré-natal, como também, na assistência ao parto sem complicações.

Com base nesse contexto e sob a perspectiva dos princípios do Pensamento Ecológico da saúde surgiu o seguinte **questionamento**: Que ações o enfermeiro desenvolve nos serviços que integram a RC no município de Pelotas, com base no Pensamento Ecológico?

Este estudo objetivou conhecer e analisar as ações que o enfermeiro desenvolve nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas, na perspectiva ecológica.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 11 enfermeiros que atuam nos serviços que integram a RC no município de Pelotas, região sul do Rio Grande do Sul, 09 atuam na atenção primária e 02 na atenção secundária e terciária. A

coleta de dados aconteceu em outubro e novembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada escrita/digital, assistida/dialogada e para a análise utilizou-se Análise Temática de Minayo. Entende-se por entrevista escrita/digital, assistida/dialogada a permanência do pesquisador junto ao entrevistado, durante o período da entrevista, com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas e assegurando a emissão das respostas pelo participante. Ao participante foi disponibilizado um computador tipo *notbook* para o mesmo digitar as respostas das questões do roteiro da entrevista.

A coleta de dados iniciou após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer favorável nº132/2016. Com a finalidade de preservar o anonimato das participantes da pesquisa, valeu-se, para identificá-las, a letra E (enfermeira) seguida de um número arábico, conforme a ordem das entrevistas realizadas (E1, E2...).

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise Temática de Minayo. Na primeira etapa realizou-se a pré-análise, onde os dados foram lidos, exaustivamente e a seguir organizados, sendo retomados os objetivos iniciais do estudo e a questão de pesquisa. A seguir, procedeu-se a organização do material e análise respeitando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesta etapa foi realizada a exploração do material por meio das leituras exaustivas e, selecionadas palavras mais significativas dos textos. Após, foi realizada a codificação dos dados chegando-se à categorização dos mesmos. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente estabelecidos.⁹ A seguir foram realizadas as interpretações dos dados à luz do Pensamento Ecológico.

RESULTADOS

Esse artigo contempla a categoria Ações do enfermeiro e as Linhas de Cuidado nos serviços que integram a RC, constituída das subcategorias: ações do enfermeiro nos serviços que integram a RC e as linhas de cuidado nos serviços que integram a RC. Nesses espaços os enfermeiros dispensam o cuidado na atenção primária, secundária e terciária e nas linhas de cuidado à mulher e à criança, de acordo com o previsto nas diretrizes instituídas na portaria da RC e pontuam, na presente pesquisa, os elementos que constituem a realidade, formando as redes assistenciais.

Ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha

Sobre as ações do enfermeiro as manifestações na atenção primária incluem a prevenção de agravos e o acompanhamento do binômio mãe-bebê e, abrangem ações preventivas e de acompanhamento como declaram as falas: *Consultas de pré natal, busca de gestantes faltosas, detecção precoce de gestantes, testes rápido, acompanhamento do RN (triagem neonatal) e puérperas nos primeiros momentos e acompanhamento de puericultura, manter vacinas em dia, orientações sobre aleitamento materno (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11);*

Um dos entrevistados (E9) ainda ressalta a adesão do município à RC com a criação de Programas e incentivos: *A adesão à Rede Cegonha proporcionou ao Município de Pelotas recursos para a implantação do Mãe Pelotense que foi criado com vistas à qualificação da assistência do pré-natal oferecendo alguns recursos como oferta de testes rápidos para a captação precoce das gestantes, oferta de duas rotinas de exames, agilização de exames de maior complexidade para o pré natal de risco, oferta de testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis, enxoval para o bebê, parceria (com) Primeira Infância Melhor (PIM) e com membros de entidades civis [...] dentre outros (E9);*

Na atenção secundária e terciária as ações do enfermeiro nos serviços que integram a RC visam a mudança do modelo fragmentado para o integral notadas no atendimento humanizado do parto e nascimento, gestão de indicadores e assistência integral tanto à mulher quanto à criança demonstradas nas falas: *Assistência direta de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e nascimento [...] visando nascimentos mais felizes, saudáveis e seguros e puerpério adequado [...] humanização do parto e nascimento, fortalecimento do vínculo mãe-filho e família [...] Assistência ao neonato e incentivo ao aleitamento materno (E1); Humanização na assistência à gestante, puérpera e recém-nascido, garantir que sejam assistidos de forma integral através da SAE, orientar às gestantes e familiares de seus direitos quando esta chega para uma avaliação, participação em comissão de óbito materno-infantil discutindo os casos de óbitos e planejando ações para evitar futuros óbitos (E2).*

Ações como orientações e incentivo ao aleitamento materno e a adoção de diretrizes descritas na portaria, respectivamente, foram evidenciados na atenção primária, secundária e terciária como identificados nas falas: *[...] fortalecimento do vínculo mãe-filho e família [...] e incentivo ao aleitamento materno (E1); [...] orientações sobre aleitamento materno (E3); Humanização na assistência à gestante, puérpera e recém-nascido, garantir que sejam assistidos de forma integral [...] (E2); Detecção precoce da gestante, busca ativa das faltosas e das do alto risco [...] testes rápidos na primeira consulta, vacinação, orientação sobre amamentação, puericultura, teste do pezinho (E6);*

Linhas de cuidado nos serviços que integram a Rede Cegonha

A linha de cuidado desenvolvida nos serviços que integram a RC destinadas à mulher foi identificada nas falas dos participantes E1; E2; E3; E4; E5; E6 e E7: [...] *humanização do parto e nascimento, fortalecimento do vínculo mãe-filho e família [...] de modo a concretizarmos os objetivos, diretrizes e princípios da Rede Cegonha e realizarmos o fortalecimento e remodelamento dos nossos processos de trabalho (E1); Humanização da assistência à gestante, ao binômio mãe e filho, garantir o direito a um acompanhante [...], avaliação do binômio até a sua alta (E2); [...] vacinas da gestante em dia, testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites [...] com orientação ao planejamento familiar (E3); [...] captação precoce das mulheres em atraso menstrual, realização dos testes rápidos de gravidez na unidade básica de saúde (UBS), em caso confirmatório a usuária já é agendada para primeira consulta de pré-natal [...] Fica acordada com a gestante que qualquer intercorrência durante o período, (deve) buscar assistência na UBS (E4, E5); Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, testes rápidos inclusive parceiro, exames de rotina cedo, puericultura, estimular amamentação exclusiva até 6 meses de vida (E6, E7).*

A linha de cuidados à criança que tece a assistência integral foi evidenciada pelos participantes onde referem: [...] *incentivo e orientação ao aleitamento materno, avaliação do binômio até a sua alta (E2); Toda puericultura, teste do pezinho e atendimento, sem Pediatra é realizado de forma multiprofissional com enfermeiro e clínico geral. [...] (E8); [...] para o bebê são ofertados serviços para a prevenção e manutenção da saúde como acompanhamento [...] consultas (puericultura) para o bebê do nascimento até 72 meses de vida. A secretaria também conta com o pra- nenê que atende os bebês que nasceram em pré natal de risco e precisam de um acompanhamento especial. Em síntese as linhas de cuidado que são desenvolvidas são para o binômio Mãe&bebê e família (E9); [...] e a Puericultura são realizados em equipe, a enfermeira atua juntamente com a médica da equipe, contamos com o apoio de dentista, nutricionista e assistente social. Procuramos focar em temas como Aleitamento Materno, Cuidados com o Recém nascido, Estímulo do desenvolvimento, Prevenção de Acidentes e outros [...] que nos auxilia na puericultura e também o vínculo que temos com as famílias possibilita um acolhimento de forma integral (E10);*

DISCUSSÃO

A RC institui como desafio à organização da rede materno-infantil com ênfase no acolhimento e resolutividade, com diminuição da mortalidade materna e infantil com olhar especial à mortalidade neonatal.¹ Essa tática inovadora visa, de forma estratégica, delinear uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e também às crianças no que compreende o direito ao nascimento seguro e crescimento e ao desenvolvimento saudáveis até os dois anos de idade.

Ao propor olhar a RC na perspectiva do Pensamento Ecológico, visa-se contribuir para um novo olhar, notadamente na enfermagem, possibilitando aos profissionais um pensar e fazer inovador e transformador em relação às necessidades humanas e sua saúde. Na perspectiva do Pensamento Ecológico a estrutura em rede da RC, formada por nós engloba todos os serviços que a integram. Nesse sentido cada nó da rede representa um serviço que precisa interligar-se aos demais por filamentos, ou seja, é necessário interagir com todos por meio da comunicação, diálogo. Portanto, para que a RC possa funcionar efetivamente, e conseguir ancorar-se na linha teórico-filosófica dos princípios do Pensamento Ecológico é necessário concebê-la como uma totalidade/unidade. Essa visão contrapõe-se ao modelo biomédico que possui por base a fragmentação e centra-se na doença e não na promoção da saúde.³⁻⁵

Em artigo de reflexão, realizado em 2015 sobre o cuidado integral e os dilemas e desafios da enfermagem autores¹⁰ discutiram sobre o cuidado integral visto como um caminho orientador do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial da Enfermagem. Assim, destacam que a enfermagem necessita realizar uma reflexão crítica sobre as dimensões que envolvem a assistência integral, destacando elementos políticos, técnicos e organizativos. Sendo que estas dimensões envolvem o acolhimento e o vínculo nas relações com outros profissionais nos distintos espaços da rede de atenção possibilitando a construção, a viabilidade e a consolidação de linhas de cuidado para resolução de reais e simbólicos problemas/demandas de saúde. Referem ainda, que o trabalho teria que ser integrado e não fragmentado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um elenco de serviços e ações na atenção primária, secundária e terciária.¹⁰

Nesta linha de pensamento têm-se alguns princípios Ecológicos possíveis de serem detectados na RC, tais como a interconexão, integralidade, interação, influências mútuas, cooperação e interdependência. Entretanto, com base nas falas dos participantes é possível perceber e entender que as linhas de cuidado não estão descritas formalmente, o que dificulta a sua prática de maneira mais unânime. No entanto, elas estão baseadas nas ações e

serviços que formam a RC e nas diretrizes gerais estabelecidas pela portaria nº 1.459 de 2011.¹ Entretanto, é preciso associá-las com as necessidades identificadas na atenção à saúde da mulher e da criança presentes em ambas as dimensões da rede, tanto na assistência básica como na hospitalar. Assim sendo, o cuidado dispensado percorre desde a detecção precoce da gestação até o acolhimento com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de modo inclusivo até os dois anos de idade, com destaque para a continuidade do cuidado à criança até os cinco anos de idade pelo Primeira Infância Melhor, programa desenvolvido no município.

O presente estudo demonstrou que a RC, neste curto espaço de tempo, desde a sua instituição no município, obteve avanços no cuidado integral à mulher e à criança, no entanto, permanece ainda o desafio de organizar os serviços e equipes de atendimento ao binômio mãe-bebê de acordo com as diretrizes da RC. Neste sentido, estudo de revisão de literatura¹¹, realizado em 2016, sobre a análise das ações da RC no cenário Brasileiro condiz com as ações observadas nesta pesquisa, principalmente, com a realização de testes rápidos no pré natal, acolhimento da gestante com orientação relacionada aos seus direitos na maternidade e, humanização do parto e nascimento, incluindo o acompanhamento da criança.

Quanto a questão da humanização, ao assumir este modelo, o enfermeiro precisa privilegiar o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando um cuidado menos invasivo possível, levando em consideração tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e também o ecossistema que envolve este binômio, porque ele influencia o processo como um todo. Neste sentido, qualificar à atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.¹²

Nota-se nas falas de todos os participantes, enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária, que esforços estão sendo realizados para que os direitos da gestante e da criança sejam respeitados. Em pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros e médicos obstetras de uma maternidade, em 2012 no Rio de Janeiro¹³, sobre a humanização no parto e nascimento, os participantes citaram a autonomia e o respeito à mulher e à sua fisiologia. Esses dados apresentam semelhança aos resultados dessa pesquisa, o que foi observado por meio da percepção que os profissionais têm das necessidades apresentadas pela usuária no ciclo gravídico-puerperal, entendendo-se o parto como um evento fisiológico e natural e que, por isso mesmo, deve receber uma assistência pautada em modelos não intervencionistas, ou

seja, com a ruptura de um modelo tecnocrático para a construção de modelo humanista, respeitando a autonomia feminina.

Validando o que foi encontrado neste estudo sobre os esforços dos profissionais na adoção das diretrizes, pesquisa realizada em novembro de 2011 a janeiro de 2012, sobre os significados e as vivências do contato e da amamentação precoces realizada com 16 puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança no Paraná¹⁴, os autores enfatizaram que o aleitamento materno é essencial para a promoção e a proteção da saúde infantil. Oferecendo todos os nutrientes necessários em quantidades e qualidade adequadas, gerando um crescimento infantil saudável. Também evidenciaram que os serviços de saúde promovem nas mulheres a consciência sobre os benefícios que o leite materno acarreta para a criança, comprovando a necessidade de implementação de atividades de educação em saúde para auxiliá-las nessas atitudes, por meio de ações e atitudes dos profissionais na atenção a saúde materno-infantil.¹⁴

Portanto, os profissionais contribuem para a prevenção de agravos, nas diversos níveis de atenção a saúde da mulher e da criança, com acolhimento da gestante, acompanhamento após o parto do binômio mãe-bebê e humanização do parto e nascimento, dentre outros. As diretrizes estão apoiadas em práticas baseadas em evidências, permitindo a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, promovendo o incentivo o aleitamento materno e efetivando o vínculo entre mãe e filho. Nesta totalidade, é necessário que o enfermeiro no processo de cuidado, incentive a mulher a assumir o protagonismo desse momento significativo, permitindo a ela ser coparticipante na assistência. Para obter todos esses resultados é preciso estabelecer uma inter-relação por meio do acolhimento.

Dados semelhantes aos achados evidenciados nessa pesquisa foram obtidos em estudo¹⁵ que analisou a prática do acolhimento na assistência pré-natal, trazendo contribuições para enfermagem, realizado por meio de uma revisão narrativa, com busca de produções científicas ou materiais institucionais indexados nas bases de dados de suporte eletrônico, que foram publicadas entre o ano de 2000 a 2010. Este estudo reforçou o entendimento que a prática do acolhimento é uma estratégia que propicia qualidade ao atendimento no pré-natal e na relação entre a gestante e o profissional de saúde. Ao adotar o acolhimento, o enfermeiro passa a ver a gestante individualmente em seu contexto, obtendo informações, minimizando dúvidas e queixas, por meio da escuta favorecendo a elaboração de um plano de cuidados, fortalecendo a autonomia do profissional e a integralidade do cuidado à mulher. Este estudo concluiu ainda que, além da concepção de um laço entre essa usuária e os serviços de saúde, o acolhimento permite aperfeiçoar os serviços de pré-natal respeitando

as necessidades das gestantes e assegurando um atendimento de qualidade que deverá ter continuidade no puerpério.¹⁵

Destarte, para desenvolver as ações nos serviços que integram a RC é preciso que o enfermeiro tenha uma formação peculiar para estar capacitado a atender às necessidades específicas de cada mulher, especialmente, no momento do parto, enfim, propiciar orientações da RC estão voltadas para o incentivo ao parto normal. Neste contexto, um estudo de reflexão,¹⁶ com base na literatura especializada acerca da atuação do profissional enfermeiro no novo modelo de atenção ao parto e nascimento, realizado em 2016, traz dados semelhantes a presente pesquisa ao mostrar nos resultados a importância do enfermeiro que estabelece o vínculo com a gestante pelo acolhimento instituído, proporcionando conforto emocional, psíquico e fisiológico, sendo elemento chave na realização do parto com uma função fundamental em assegurar práticas de humanização e segurança do parto e nascimento, por meio das novas diretrizes estabelecidas na portaria da RC

Considerando as ações do enfermeiro nos serviços que integram a RC, desde a captação precoce até o acompanhamento do recém-nascido, as falas dos participantes dessa pesquisa sobre a humanização do parto e nascimento e assistência integral ao binômio mãe-bebê, as linhas de cuidado à mulher e à criança evidenciam a atuação do enfermeiro neste cuidado integral com uma assistência contínua. Neste sentido, estudo realizado por meio de revisão bibliográfica¹⁶ com publicações entre 2010 e 2014, e legislação estabelecida por órgãos pertinentes da saúde, revela que o modelo de atenção da Rede Cegonha sugere uma mudança na lógica do cuidado, com destaque para a atuação do enfermeiro que participa em todos os níveis de assistência. Tendo como objetivo o auxílio contínuo e integrado, passando pelo nível primário ao terciário, com enfoque na humanização, respeitando à fisiologia do parto, incluindo o protagonismo da mulher e, ainda a temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto.

Nota-se nas unidades de registro um ponto em destaque revelado na pesquisa que se refere a adoção das novas diretrizes apontadas por todos os participantes do estudo, no qual a rede demonstra o início de uma mutação do modelo cartesiano para um novo modelo de sistema, onde os elementos constituintes desta rede interagem entre si e influenciam-se de forma mútua. A configuração em rede, constituída pelos serviços que integram a RC encontra sua base nos princípios do Pensamento Ecosistêmico que concebe a interdependência, a cooperação, a interação e a influência mútua entre os elementos que formam a totalidade/unidade de uma realidade. No entanto, ainda há muito que evoluir para atingir efetivamente a inter-relação entre os serviços o que notadamente demonstrou uma lacuna,

pela falta de comunicação efetiva e capacitação dos profissionais enfermeiros, sendo necessária uma discussão específica para aprimoramento científico e garantia de um atendimento integral e humanizado com resolutividade às necessidades de saúde da mulher e da criança.

Corroborando com estas evidências, observou-se que a RC tem como objetivo organizar e estruturar a atenção à saúde materno-infantil, que é regulada pelos princípios do SUS preconizando a descentralização, humanização, integralidade e equidade. Este processo garante à gestante autonomia para ser protagonista do processo de gestação, parto e puerpério, com acolhimento em todas essas etapas, bem como, à criança, garantindo um nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, com assistência de qualidade e humanizada, proporcionada pela capacitação dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, as novas proposições da RC, configuram as ações do enfermeiro com fundamental importância, tanto na atenção primária, como na secundária e terciária incluindo o desempenho: na assistência direta, na gestão, na educação em saúde e na ação investigativa, procurando identificar a real necessidade do binômio mãe-bebê.

Na constituição de uma nova perspectiva sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde precisa-se de uma compreensão inovadora sobre o Ser Humano e sua totalidade/unidade considerando-o na sua multidimensionalidade fazendo parte do ecossistema no qual vive e se desenvolve. Portanto, essa totalidade envolve todos os elementos integrantes do espaço/ambiente no qual o binômio mãe-bebê vivem porque todos em conjunto formam o seu ambiente. Entretanto, isso não é suficiente, mas é preciso entender como cada um dos elementos constituintes do sistema/ecossistema se inter-relaciona com os outros que constituem a realidade e que efeitos é capaz de produzir.

Assim sendo, essa forma inovadora de perceber o binômio mãe-bebê, torna necessário conhecer o espaço no qual vivem, ou seja, o seu ecossistema, do qual os serviços e ações na RC participam. Entretanto, ao voltar o olhar para esse contexto, existe a possibilidade de basear essa realidade nos princípios do Pensamento Ecológico, pois, cada um dos elementos que integra a realidade influencia nos demais e produz mudanças e transformações significativas porque trata-se de um sistema dinâmico. Portanto, o binômio mãe-bebê, de forma constante recebe influências e também influencia no espaço onde vivem e por isso não pode ser ignorado no momento de prestar-lhes o cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.
3. Soares DC, Pereira QLC, Milbrath VM, Oliveira NA, Siqueira HCH. Enfermagem: história e interfaces da profissão. In: Siqueira HCH, Cecagno D, Pereira QLCP. Equipe multiprofissional de saúde: Ações inter-relacionadas. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.
4. Medeiros AC. Gestão do cuidado de enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórica filosófica e organizativa nas políticas públicas. [Tese] Universidade Federal do Rio Grande; 2013
5. Silva JRS. Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do rio grande: contribuições do enfermeiro [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande; 2013.
6. Franco C M; Franco T B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf. Acesso em: 22 out. 2016.
7. Ministério da Saúde (BR). Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1986. [citado 2016 julho 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973.
8. Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 94.406 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

10. Assis MMA, et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015, 68(2):333-8.
11. Guerra, et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. Iniciação Científica CESUMAR. [internet] 2016; 18(1):73-80. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2009.
13. Malheiros PA, et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012, 21(2): 329-37.
14. D'Artibale FF, Bercini LO. O contato e a amamentação precoces: significados evivências. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014, 23(1): 109-17.
15. Gonçalves et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. Rev. Rene. 2013, 14(3): 620-9.
16. Oliveira EM, Celento DO. A temática da rede cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. Revista de Saúde. 2016, 7(1): 33-38.

6.2 - ARTIGO 2

Rede Cegonha e a inter-relação dos nós que formam a teia de cuidados*

Mara Regina Bergmann Thurow⁴

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira⁵

RESUMO: Objetiva-se averiguar as inter-relações dos serviços da Rede Cegonha. Para conceber uma realidade em rede são necessários elementos bióticos e abióticos, representados pelos aspectos físicos e socioculturais desse arcabouço. Na Rede é preciso a participação e a compreensão de cada um dos integrantes, para assim, conseguir desenvolver as linhas assistenciais para formação da teia de cuidados. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, e utilizou-se a Análise Temática de Minayo para analisar os dados. As ações e serviços proporcionados na Rede Cegonha são desenvolvidos, seguindo linhas de cuidado para contemplar o cuidado integral dispensado à mulher e à criança até os dois anos de idade. Portanto, para compreender os desafios enfrentados pelos enfermeiros nos serviços e sua inter-relação, torna-se essencial identificar fatores que contribuem e que dificultam esta conexão entre os serviços na atenção à saúde.

Descritores: Rede Cegonha; Saúde materno-infantil; Enfermeiro; Ecossistema.

* Artigo extraído da Dissertação: THUROW, Mara Regina Bergmann. “Ações do Enfermeiro nos Serviços que integram a Rede Cegonha na Perspectiva Ecológica” 2016. 105p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil, 2016. Linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde. Será encaminhado para a Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

4 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG/ RS, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde - GEES. Brasil. E-mail: marathurow@gmail.com

5 Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG/Rio Grande/ RS, Brasil. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde - GEES E-mail: hedihsiqueira@gmail.com.br

ABSTRACT: The objective is to describe the challenges faced by nurses in services and their interrelationships. In order to conceive a networked reality, biotic and abiotic elements are required, represented by the physical and socio-cultural aspects of this framework. In the Network it is necessary the participation and the understanding of each one of the members, in order to be able to develop the care lines for formation of the web of care. Descriptive, exploratory study with a qualitative approach, performed with nurses. Data collection took place through a semi-structured interview, and the Minayo Thematic Analysis was used to analyze the data. The actions and services provided in the Stork Network are developed, following care lines to contemplate the integral care given to the woman and the child until the two years of age. Therefore, in order to understand the challenges faced by nurses in services and their interrelationship, it is essential to identify factors that contribute and that make this connection between health care services difficult.

Descriptors: Stork Net; Maternal and child health; Nurse; Ecosystem.

RESUMEN: El objetivo es describir los retos que enfrentan los enfermeros de los servicios y su interrelación. Para diseñar una realidad a la red son necesarios los elementos bióticos y abióticos, representada por el marco físico y socio-cultural de esta. En la red que necesitamos la participación y la comprensión de cada miembro, para así poder desarrollar las líneas de atención para el cuidado web de formación. Estudio descriptivo, exploratorio cualitativo realizado con las enfermeras. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, y utilizó el análisis temático de Minayo para analizar los datos. Los programas y los servicios prestados en la Red de la cigüeña se desarrollan, siguiendo las líneas de atención para contemplar toda la atención dada a las mujeres y niños de hasta dos años de edad. Por lo tanto, para entender los desafíos que enfrentan las enfermeras en los servicios y su interrelación, es esencial para identificar los factores que contribuyen y que dificultan esta conexión entre los servicios de atención de la salud.

Palabras clave: Red de cigüeña; Salud de la madre y el niño; Enfermera; Ecosistema

Introdução

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia governamental, instituída pela portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Ela é composta por ações que visam à garantia de atendimento

com qualidade, segurança e humanização para todas as mulheres. A assistência oferecida engloba desde o planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e com posterior acompanhamento no puerpério, cobrindo ainda o acompanhamento da criança até os dois primeiros anos de vida⁽¹⁾.

Essa assistência da RC é realizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e compreende quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação⁽¹⁾. Neste sentido, torna-se possível identificar que a atenção à saúde da mulher e da criança é exercida na atenção primária à saúde (APS) e atenção secundária e terciária, entendidos como os serviços, que por analogia, na visão ecossistêmica, são os nós da teia de cuidados que se unem por filamentos representados pela comunicação, diálogo e negociação. Esta rede que busca contemplar a mulher e a criança compreende uma assistência com ações e serviços oferecidos pelas unidades básicas na atenção primária com o pré-natal e puerpério e acompanhamento da criança até os 24 meses de vida e o parto e nascimento proporcionados nas instituições hospitalares na atenção secundária e terciária.

Este novo modelo de atendimento que forma a teia de cuidado à saúde materno-infantil, tem como ponto de partida um dos nós, a APS que faz parte da RC. Para cumprir essa função, a APS precisa representar o nível fundamental do sistema de atenção à saúde, constituindo o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, possibilitando que os serviços de saúde estejam o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas. Isto significa que é o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Assim, exerce um conjunto de ações de saúde que atinge a população, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de forma tanto individual como coletiva. Cabe, portanto, à APS integrar os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional, mas que nesse novo modelo precisam ser modificados para um todo integrado, exercido por todos os serviços que fazem parte da RC.

Percebe-se, portanto, que a RC é um sistema em conectividade com outros sistemas, abandonando a noção unidimensional empregando-se o processo, considerando as necessidades surgidas da diversidade das mulheres e crianças de maneira peculiar na área da saúde. Assim a RC, considerada como um sistema aberto tem características de um processo infinito de intercâmbios em seu espaço trocando energia e informação. Esse processo visto

sob o Pensamento Ecológico, conhecido como metabolismo, permite que o sistema permaneça num estado de não equilíbrio, ou seja, está sempre em atividade⁽²⁻³⁾.

Como item essencial da RC a análise de critérios epidemiológicos traduz a realidade de cada região fornecendo dados e informações. Sendo assim, são analisadas a taxa de mortalidade infantil, a razão de mortalidade materna e a densidade populacional. Portanto, a RC tem como tática superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças. Como prioridade, visa à redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços (AS) de saúde, do combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto⁽¹⁾.

A qualificação das AS de saúde perpassa pela atuação do profissional enfermeiro que se encontra presente nos mais diversificados espaços que a gestante percorre durante o período da gravidez, parto, nascimento e puerpério, bem como, prestando o cuidado ao recém-nascido e, também, nos dois primeiros anos de vida. Destaca-se que a atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero⁽⁴⁾. Neste sentido, qualificar à atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos.

Deste modo entende-se que as diretrizes da RC satisfazem a organização de novos arranjos em rede dos serviços de saúde com o objetivo de atender às demandas da população de forma mais integralizada e humanizada. Os serviços necessitam estar interconectados e em harmonia com articulação de todas as ações, incluindo-se neste processo a participação das usuárias que também precisam colaborar e participar no seu cuidado junto com a equipe multiprofissional. As relações devem ser estabelecidas de forma organizada com a finalidade de resguardar o direito do usuário ao cuidado/assistência dentro dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

Com base nesse contexto questiona-se: Como ocorre a inter-relação entre os serviços que formam a teia de cuidados na RC? Para responder a esse questionamento, objetiva-se descrever e analisar os desafios encontrados pelo enfermeiro nos diversos serviços e sua inter-relação na atenção à saúde da mulher e da criança.

MÉTODOS

É um estudo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 11 enfermeiros que atuam nos serviços que formam a RC no município de Pelotas, região sul do Rio Grande do Sul, sendo que 09 atuam na atenção primária e 02 na atenção secundária e terciária.

Os dados foram coletados no período de outubro e novembro de 2016, por meio de entrevista semi-estruturada escrita/digital, assistida/dialogada e para a análise utilizou-se Análise Temática de Minayo. Entende-se por entrevista escrita/digital, assistida/dialogada a permanência do pesquisador junto ao entrevistado, durante o período da entrevista, com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas e assegurando a emissão das respostas pelo participante. Foi disponibilizado ao participante um computador tipo *notbook* para que o mesmo digitasse as respostas das perguntas do roteiro da entrevista.

A coleta de dados iniciou após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), com o parecer N°132/2016. Com a finalidade de preservar o anonimato das participantes da pesquisa, utilizou-se para identificá-las, a letra E (enfermeira) seguida de um número arábico, iniciando com o número um e, de forma subsequente, os demais, conforme a ordem das entrevistas realizadas.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise Temática de Minayo. Na primeira etapa realizou-se a pré-análise, onde os dados foram lidos, repetidamente e a seguir organizados, sendo retomados os objetivos iniciais do estudo e as questões de pesquisa. A seguir, decorreu-se a organização do material e análise respeitando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesta etapa foi realizada a exploração do material por meio das leituras extenuantes e, selecionadas as palavras mais significativas dos textos. Após, foi realizado a codificação dos dados chegando-se à categorização dos mesmos. Esta etapa de categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente estabelecidos⁽⁵⁾. A seguir foram realizadas as interpretações dos dados à luz do Pensamento Ecológico.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados com os 11 participantes desta pesquisa, elaborou-se a categoria Inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC. Nesta categoria os enfermeiros relatam a respeito das facilidades e dificuldades encontradas no cuidado integral, oferecido à mulher e à criança, na

prática da assistência. Também observou-se o funcionamento dos serviços, as formas de encaminhamento entre os mesmos e as melhorias obtidas no município com a implementação da RC.

Os dados coletados foram organizados constituindo as unidades de registro, agrupamento em subcategorias e respectiva categoria, representados no Quadro 1.

Quadro -1 Inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro
Inter-relações entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na Rede Cegonha	Facilidades	Desenvolvimento e melhoria dos processos de cuidado: E1, E2, E3, E4, E7, E9. Parceria com a secretaria: E9 Material suficiente: E10 Não relacionaram facilidades: E5, E6, E8 e E11.
	Dificuldades	Profissionais Qualificados: E1, E4 e E11. Relação/comunicação com os gestores: E4, E5, E8 e E11. Encaminhamentos: E3 e E10 Insuficiência de leitos neonatais/ estrutura: E1, E2 e E4. Enfermeiro sem autonomia com excesso de ações administrativas: E6, E7, E9.
	Funcionamento e formas de encaminhamentos	Formulário não padronizado/Contato telefônico: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11. Pré-natal precário (gestante e serviços): E1, E2, E8. Referência e Contrarreferência deficitária: E1, E2, E3, E5, E7, e E11.
	Melhorias sucedidas com a implementação da RC	Não respondeu: E1 Sem melhorias por falta de divulgação: E3 Melhorias pelo comprometimento dos profissionais: E2, E4, E5, E6, E7 e E8. Melhorias a saúde mulher e da criança: E4, E9, E10 e E11.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Facilidades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC

A análise dos dados acerca das facilidades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado encontrou-se controvérsias entre os participantes.

“[...] amplo campo de atuação para implementação de práticas e melhoria de processos assistenciais; estímulo pelo MS para implementação das boas práticas obstétricas; [...] apoio da governança institucional para aprimoramento das práticas de trabalho e humanização assistencial. (E1); Ter uma equipe multidisciplinar, para que possam ser feitas todas às ações necessárias [...] (E2); [...] acesso e cuidado a mãe e criança nas

atividades de rotina como pré-natal e acompanhamento da criança (E3); [...] levando em consideração o lado humanístico da mulher e os seus envolvidos (E4); Apoio a gestante e ao RN orientações a puérpera [...] (E7); [...] parceria com a secretaria de saúde e rede primária que mantém os esforços para seguir os moldes do mãe pelotense (E9); [...] material suficiente para as necessidades da população (E11)”.

Dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC

Como dificuldades encontradas pelo enfermeiro para desenvolver as ações nos serviços da RC foram relatados pelos participantes diversos motivos. Alguns referiram dificuldades no âmbito das capacitações dos profissionais, conforme as falas:

“[...] poucos profissionais especialistas; [...] que impossibilita a implementação integral das ações e serviços propostos pela Rede Cegonha [...] (E1); [...] a restrição em capacitações na área específica (E4); Falta de capacitações [...] (E11)”.

Para seis dos participantes as dificuldades estão na relação/comunicação com o gestor e nos encaminhamentos conforme as falas:

“[...] a comunicação é muito precária e quando ocorre é vertical. UBS e maternidade muito distantes, não existe interação, muitas vezes trazendo prejuízo a gestante [...] (E4); [...] estão relacionadas com o gestor. (E5, E8); [...] atualização com tempo em horário de trabalho [...] (E11); [...] encaminhamentos para atendimento fora da rotina da unidade com gestantes que precisam de exames com maior rapidez, encaminhamentos de risco e alguns casos de retorno a unidade que necessitam de cuidados nos seguimentos fora da unidade (E3, E10)”.

A insuficiência de leitos e falta de estrutura adequada para um atendimento de qualidade também foram mencionados pelos participantes:

“[...] estrutura física deficitária [...] (E1, E2); [...] A gestante somente tem acesso a maternidade quando se encontra em trabalho de parto e quando isto ocorre muitas vezes ela necessita perambular por diversas maternidades, os motivos são os mais diversos, entre eles falta de leito, maternidade fechada [...] (E4.)”.

Um motivo de grande relevância foi descrito por três enfermeiros como limitação no desenvolvimento das ações do enfermeiro nos da RC, que se resolvido pelo município, traria grandes benefícios a RC. Os participantes relatam:

“[...] autonomia [...] e apoio da gestão (E6); [...] não poder solicitar exames, medicar uma anemia [...] (E7); [...] preenchimento de diversos relatórios e papéis que são extremamente importantes para os planos estáticos, mas que “roubam” grande parte do tempo que poderia ser disponibilizado pra atividades de promoção e prevenção (E9)”.

Quanto ao funcionamento e formas de encaminhamentos para outros serviços os enfermeiros expõem que sucedem de configuração informal, sem um formulário padrão ou é realizado ainda por contato telefônico e que a referência e contra-referência são muito falhas conforme algumas narrações:

“Não funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência [...] os encaminhamentos são feitos em formulários\receituários dos serviços específicos, e\ou por contato telefônico entre os mesmos [...] (E1); [...] através de referência e contrarreferência com bastante dificuldade e precariedade [...] (E3); [...] por encaminhamentos se for de risco maternidade ou casa da gestante, e se urgência chamamos ambulância [...] contato telefônico de um profissional a outro [...] (E7).”

Com relação ao pré-natal evidenciou-se que há precariedade quanto ao acompanhamento da gestante, tanto pela falta de interesse da própria usuária, quanto por parte dos serviços que falham no registro de informações importantes, conforme evidenciam as falas:

“[...] falta de registros nos cartões de gestante, número de consultas reduzidos, falta de realização de testes rápidos de HIV e sífilis, principalmente no último trimestre, falta de vigilância nos agravos obstétricos (E1); Á mulher identifica que está grávida muitas vezes em uma consulta na unidade básica, médico orienta que deve fazer no mínimo 6 consultas de pré-natal, algumas dão seguimento outras abandonam, quando identificadas como alto-risco são referenciadas para outras unidades que atendem este tipo de pré-natal [...] (E2);

Comunicação, diversas opiniões superficiais sem fundamento e gerência sem se importar com a resolutividade dos problemas (E8)”.

Melhorias sucedidas com a implementação da RC

Na última subcategoria analisada, pesquisou-se a respeito das melhorias na qualidade do atendimento à mulher e a criança desde a implantação da RC. Os relatos das participantes confirmam que houve melhorias quanto ao comprometimento dos profissionais e melhorias relacionadas ao binômio mãe-bebê com a implantação da RC:

“[...] alguns avanços aconteceram, mas muito ainda precisa ser feito, enquanto todos os atores [...] não estiverem envolvidos e comprometidos [...] onde todos nós atores envolvidos devemos estar comprometidos e dar resolutividade as ações prestadas (E4); Sim, devido ao esforço dos profissionais que se importam com o paciente ou usuário (E8). Sim Houve melhor [...] além da busca ativa de gestantes pelos agentes comunitários de saúde e programa primeira infância melhor (E9); Houve melhorias sim [...] (E10); Houve sim os kits, vacinas, relatórios das gestantes e crianças, o cuidado e atenção com o teste do pezinho com destaque, a captação precoce, bolsa mãe pelotense como incentivo o vale transporte para deslocamento [...] (E11)”.

DISCUSSÃO

Na ótica do Pensamento Ecológico a RC é composta por elementos bióticos/vivos e abióticos/ não vivos. Enquanto os vivos são constituídos pelos profissionais envolvidos, a mulher, a criança e a família, os não vivos/físicos compreendem os recursos materiais, como estrutura física, equipamentos, materiais entre outros. Estes elementos estão interligados de forma interdependente e inter-relacionados, com influências mútuas gerando possibilidades de inovação, criando novas bifurcações e formando a teia de cuidados para atender as necessidades do usuário⁽³⁾.

Na presente pesquisa, foram apontadas com ênfase pelos participantes melhorias como a captação precoce das gestantes, introdução dos testes rápidos e incentivo à realização de consultas de pré-natal. Na atenção secundária e terciária as ações quanto ao cuidado integral

demonstra-se um pouco mais reservado no que se refere a adoção das práticas baseadas em evidência relacionadas ao parto e nascimento. Evidenciando a falta de capacitação especializada aos profissionais e o envolvimento e comprometimento dos mesmos. Uma pesquisa realizada para caracterizar e analisar a assistência ao parto e ao nascimento⁽⁶⁾ demonstrou claramente a importância da especialização na área. Essa pesquisa foi feita com Residentes em Enfermagem Obstétrica por meio de estudo quantitativo e retrospectivo de 189 partos normais que foram assistidos pelos mesmos, no período de julho de 2013 a junho de 2014, em uma maternidade localizada no interior do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa demonstrou a utilização de ações não farmacológicas por enfermeiros obstetras à parturiente, como demonstram os dados, quanto aos métodos não invasivos e não farmacológicos que foram amplamente utilizados, assim como foi oferecido a liberdade de posição durante o trabalho de parto. A análise dos dados demonstrou grandes avanços e conquistas das residentes em enfermagem obstétrica no serviço, uma vez que o mesmo adota o chamado “manejo ativo” de trabalho de parto com o objetivo de acelerar o processo de parturição.⁽⁶⁾

Colaborando com essas evidências um estudo realizado com a finalidade de discutir as práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, utilizando método transversal, foi aplicado em Belo Horizonte em 2016. Esse estudo menciona que as equipes se empenham em adotar as práticas apoiadas no modelo humanizado, assim como a utilização de práticas baseadas em evidências científicas⁽⁷⁾ o que vem corroborar com os achados na presente pesquisa caracterizando as melhorias no processo.

A falta de qualificação especializada, dificuldade de comunicação, a insuficiência de leitos e a falta de autonomia do enfermeiro foram as dificuldades descritas pelos participantes da pesquisa, sugerindo a falta de investimento em educação e infra-estrutura. Esses elementos comprometem a mutação do modelo tecnocrático para o cuidado integral com desafios que necessitam do comprometimento de todos. Dados semelhantes a esses resultados foram obtidos por estudo realizado⁽⁸⁾ sobre a percepção de puérperas oriundas da atenção básica sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino, realizado com 35 mulheres. Os resultados referem que a humanização da assistência ao parto trouxe mudanças em diversos aspectos, dentre eles, a educação e a conscientização dos direitos do usuário apoiados na proposta de integração das ações de saúde, sendo aspectos importantes para implementação de novas rotinas⁽⁸⁾. Outro estudo destaca que a qualificação dos enfermeiros com cursos especializados em obstetrícia necessita do apoio dos gestores quanto

às políticas públicas e a formação qualificada e autônomas que condizem com sua formação ética e legal para efetivação de uma mudança no modelo de atenção⁽⁷⁾.

A respeito das questões de referência e contra-referência, neste estudo, percebe-se a falta de um sistema organizado no acompanhamento da mulher-gestante-puérpera e da criança onde os fluxos e contra fluxos com as informações necessárias não se encontram formalizados e muito menos interconectados, prejudicando as ações e serviços desenvolvidos na RC, com estrutura em rede. A rede é um processo dinâmico só pode funcionar se todos os serviços e as ações se encontram interligados, princípio de estrutura de rede, estrutura base do Pensamento Ecosistêmico que percebe o mundo interligado formando uma totalidade/unidade.

Corroborando com esses dados os resultados alcançados com o estudo⁽⁹⁾ realizado sobre assistência pré-natal no Brasil, com o intuito de analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados. Ao utilizar dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012 identificou que a integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde é essencial, sendo uma recomendação da Rede Cegonha apoiada na *Lei no 11.634* de dezembro 2007 que garante a vinculação das gestantes a maternidade de referência que irá atender o parto. Essa garantia do acolhimento das parturientes e a garantia de leito para internação por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com disponibilidade de leitos de internação, por meio de uma central de regulação de vagas, é essencial para a assistência oportuna às gestantes de risco, que apresentam riscos aumentados de desfechos negativos⁽⁹⁾. No entanto, conclui-se que, melhorias são necessárias objetivando evitar a peregrinação das gestantes, bem como, a garantia na assistência no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

No que se refere atenção à saúde da criança, pesquisa¹⁰ analisou a percepção das mães em relação ao cuidado à criança sadia retratando a realidade onde a pesquisa foi realizada com mães de crianças menores de 5 anos acompanhadas na unidade de saúde. Nesta unidade são desenvolvidas ações de cuidado preventivo considerando os seguintes aspectos: vigilância de vacinação, atenção do motivo de consulta, vigilância da nutrição e capacitação da mãe. A percepção das mães demonstrou que este cuidado está sendo guiado pelas tecnologias duras. Essas estão relacionadas às máquinas, equipamentos e normas institucionais, isto é, por protocolos de atenção e configuração institucional, com a atenção baseada nos procedimentos⁽¹⁰⁾. Esses dados, não convergem aos encontrados na presente pesquisa onde os participantes relataram a adoção de ações preventivas, identificadas como melhorias a saúde

da criança como pré-natal de qualidade, imunizações e testes para diagnóstico precoce incluindo o teste do pezinho.

Neste contexto, a saúde da mulher e da criança demonstram um progresso importante e ao longo dos anos as políticas públicas vêm evoluindo particularmente nas ações na prevenção de mortes maternas. Ao lançar a Rede Cegonha o MS ambiciona garantir o atendimento integrado e de qualidade com direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada com adoção de práticas seguras para atender a mulher e a criança. Neste sentido, estudo reflexivo⁽¹¹⁾ analisou as contribuições de programas e políticas públicas para a melhoria da saúde materna concluindo que esses tiveram importante papel na organização dos sistemas de saúde observados nos indicadores de saúde maternos, no entanto, ainda existe a necessidade de realizar novas pesquisas baseadas em evidências, bem como, o desenvolvimento de pesquisas para intervenções na área materno-infantil e na organização dos serviços do país⁽¹¹⁾.

Quanto aos avanços na implantação de políticas públicas na área materno- infantil ao proporcionar ações e serviços na RC evidencia-se o comprometimento dos profissionais da saúde e as melhorias na saúde da mulher e da criança evidenciou-se que os avanços ocorreram com destaque no pré-natal onde foram organizados testes rápidos para detecção precoce de gestantes, testes rápidos para detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis, disponibilidade de vacinas e triagem neonatal, entre outros, todas as ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Esse profissional foi o mais citado em estudo realizado em 2010⁽¹²⁾ com puérperas a cerca das atividades realizadas no pré-natal, constituído de 126 mulheres. Portanto, a participação do enfermeiro tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência no pré-natal, no entanto, persiste a necessidade de qualificação para o atendimento integral à mulher e a criança, protagonistas da Rede Cegonha.

CONCLUSÃO

O estudo mostra avanços importantes para a mãe e o bebê, desde a implantação da Rede Cegonha no município de Pelotas, com destaque na atenção primária, principalmente, em relação ao pré-natal. Entretanto, na atenção secundária e terciária persistem dificuldades relevantes para o desenvolvimento e implantação integral das diretrizes descritas na Rede Cegonha. Essas dificuldades recaem, especialmente, acerca da falta de capacitação

especializada dos profissionais de saúde no âmbito da obstetrícia, onde o enfermeiro possui respaldo ético e legal para desempenhar ações em partos de baixo risco.

Em relação aos desafios, o estudo revela que falta interconexão da atenção primária com os demais serviços que integram a RC. A falta de interconexão, princípio norteador de serviços em rede, como o do Pensamento Ecológico, processado por meio dos filamentos, representados pela comunicação, diálogo, ou seja, a falta de referência e contra referência, dificulta a garantia de atendimento à gestante em instituições que fazem parte da RC. A ausência da inter-relação entre os serviços e ações da RC interrompe a formação da teia do cuidado da RC que inclui o atendimento à puérpera e ao recém-nascido, logo após o parto, até os dois anos de idade. Num serviço com a estrutura em rede existe necessidade de conhecer o funcionamento de todos os serviços e ações que a integram para que possam interagir, exercer a cooperação e alcançar os resultados de forma coletiva, qualificada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.
2. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 2006.
3. Medeiros AC. Gestão do cuidado de enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórica filosófica e organizativa nas políticas públicas. [Tese] Universidade Federal do Rio Grande; 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2009.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
6. Reis et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Rev Gaúcha Enferm.[on line]. 2015;36(esp): 94-101.

7. Sousa et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc. Anna Nery [on line]. 2016, 20 (2):324-331 14 de Nov. de 2016.
8. Wei. et al. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. O Mundo da Saúde São Paulo, 2012, 36(3) 468-474.
9. Viella et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, 2014, 30:85-100.
10. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM. Percepções maternas do Cuidado à Criança Sadia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. mar.-abr. 2012 acesso em: 05 de nov. de 2016.
11. Mamede FV, Prudêncio PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. Rev Gaúcha Enferm.[on line]. 2015; 36(esp):262-6.
12. Maeda, TC, Parreira BDM, Silva SR, Oliveira, ACA. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. Rev Enferm Atenção Saúde [on line]. 2014; 3(2):6-18.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os questionamentos a respeito desta pesquisa permitiram capturar dados que satisfizeram expectativas e proporcionaram o aprimoramento e aprofundamento de novos conhecimentos científicos. O estudo embasou-se na perspectiva ecossistêmica que buscou responder sobre as ações do enfermeiro nos serviços da RC. Investigou-se facilidades e dificuldades encontradas pelo profissional com novas oportunidades de melhorias que potencializam a atuação do enfermeiro no cuidado integral à mulher e à criança, dentro das linhas de cuidado materno-infantil e encontrou-se respostas pertinentes mas, enquanto algumas oportunidades beneficiam e inserem benefícios, outras tantas, produzem dificuldades às ações da enfermagem junto ao binômio mãe-bebê.

O interesse em pesquisar sobre essa temática abarca elementos pessoais, bem como, decorrente da experiência da pesquisadora no cuidado ao binômio mãe-bebê. Verifica-se que as ações do enfermeiro nos serviços da RC descritas pelos participantes, permitiram analisar elementos a respeito da temática, respondendo os objetivos propostos, reafirmando que é necessário abandonar a visão determinística, fragmentada e visualizar o ambiente como um todo integrado. A percepção ecossistêmica oferece a compreensão das relações e das novas possibilidades advindas dessas interações as unidades que formam a totalidade.

Um dos pontos relevantes desse estudo pauta-se na deficiência de publicações neste âmbito, o que ficou comprovado ao realizar o estado da arte para construção deste trabalho. Além disso, as questões relacionadas à saúde da mulher e da criança merecem atenção diferenciada, em virtude do combate a violência obstétrica, redução da mortalidade materno-infantil e da qualificação e humanização no atendimento, permitindo o tecer a teia de cuidados. Desta forma, acredita-se que os dados obtidos possibilitam estimular novas investigações relativas à temática e permitam à enfermagem um olhar integral a cerca do cuidado à mulher e à criança, considerando o espaço/ambiente em que estão inseridos suas singularidades e relações estabelecidas com o meio, para, assim, se programar de forma mais efetiva e eficiente às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A metodologia seguida permitiu conhecer os resultados e as unidades de registro, subcategorias e categorias que emergiram dos resultados, apoiando a perspectiva ecossistêmica utilizada para fundamentar, teórico e filosoficamente essa dissertação, uma vez

que cada elemento que envolve os cuidados da RC compreende múltiplos aspectos capazes de influenciar e de serem influenciados na compreensão da totalidade/unidade. A utilização da abordagem qualitativa possibilitou maior apropriação e aprofundamento da realidade investigada.

Verificou-se que a análise das categorias foi essencial para compreender sobre cada um dos elementos que constitui os contextos pesquisados. Foram evidenciadas questões comuns, tanto na atenção primária, como também, na atenção secundária e terciária configurando o cuidado em forma de rede, onde a explanação de cada participante entrevistado auxiliou no aprofundamento e busca de respostas.

Da categoria linhas de cuidado e as ações desenvolvidas pelo enfermeiro nos serviços da RC no município de Pelotas, na perspectiva Ecológica, emergiu o primeiro artigo que permitiu descrever e analisar sobre o cuidado do enfermeiro ao binômio mãe-bebê. Este artigo contribui com novas bifurcações a respeito do intento do saber e do fazer do enfermeiro para o atendimento integral com acolhimento e resolutividade, configurando uma atuação com fundamental importância, em todos os campos de desempenho: na assistência direta, na gestão, na educação em saúde e na ação investigativa neste novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança.

O segundo artigo, foi construído embasado na categoria inter-relação entre os serviços, facilidades e dificuldades do enfermeiro para desenvolver as ações de cuidado na RC. Foi elaborado no intento de compartilhar os desafios encontrados pelo enfermeiro para formar a teia de cuidado integral, percebida como um todo, demonstrando a necessidade de educação continuada e permanente em saúde e identificando os elementos bióticos e abióticos que constituem o ecossistema desta rede.

Destaca-se a necessidade de novas pesquisas, com a intenção de aprofundar essa temática e proporcionar continuidade aos conhecimentos obtidos previamente, estimulando novas bifurcações para a prática da enfermagem, bem como, para atender as necessidades da população por meio das redes de atenção à saúde.

Portanto, vislumbra-se uma nova possibilidade para a enfermagem com desafios na qualificação e humanização do cuidado, a partir da perspectiva ecológica, abandonando a visão cartesiana e voltando-se ao ser humano como um dos elementos pertencentes ao todo, gerando mudanças e transformações, beneficiando a todos e construindo e reconstruindo a realidade na qual ele vive, trabalha e se desenvolve.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**. Relatório Final. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso 29 de dez. de 2015.

_____. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26973. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

_____. Decreto N° 94.406 de 25 de junho de 1986 que regulamenta a Lei n° 7.498, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006b.

_____. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COFEN; 2007. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009b .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **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, DF, 2010b. Disponível em: http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 de jan 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico, 2010**. 2010c. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 de fev 2016.

_____. **Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011e.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011f.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as resoluções nº 303/2000 e 404/2008. 2012a Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf. Acesso em: 07 de fevereiro de 2016

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197. Acesso em: 29 de dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

_____. Falando a linguagem da natureza: Princípios da sustentabilidade. In: Stone, M.K, Barlow, Z. (orgs.). **Alfabetização Ecológica: a educação das crianças para um mundo sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2006.

_____. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: Acesso em: 22 out. 2016.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi, Comissão on Social Determinants of Health, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOFFMANN, I.C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal.** Mestrado em Enfermagem (Dissertação) Santa Maria: UFSM, 2008. Disponível em: http://www.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Izabel_Cristina_Hoffmann.pdf. Acesso em 20 jan 2016.

LISBOA, A.P. Saúde coletiva *versus* saúde pública: a visão ecossistêmica na construção de sistema de saúde. In: MACHADO, A. T. G. M; LISBOA, A. H; GOULART, M. A; POLIGNANO, M. V. **Abordagem ecossistêmica da saúde.** Belo Horizonte: Instituto Guaicuy, 2012.

MEDEIROS, A.C de. **Gestão do cuidado na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa na políticas públicas.** Doutorado em enfermagem [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade do Rio Grande, 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS.** Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005> Acesso em 15 de dez 2015.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO S. M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao sistema único de saúde em município da região Sul do Brasil.** Cad saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 02]; 24(8):1859-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>. Acesso em 20 de jan 2016.

PELOTAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes de Saúde da Atenção Básica de Pelotas.** Pelotas, 2016. Disponível em: <http://www.pelotas.com.br/dev/arquivo/DIRETRIZES-DA-ATENCAO-BASICA-11-ABRIL-2016.pdf>. Acesso em: 10 de jun de 2016.

REIS, C.B; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência e Saúde Coletiva.** V.13, n1, p.61-70, 2008. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0725.pdf. acesso em 16 de abr de 2016.

SANTOS, M.C; SIQUEIRA, H.C.H; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.30, n.4, p. 750-754, dez. 2009.

SILVA, J.R.S. **Reconfigurações do sistema único de saúde e suas relações setoriais no município de Rio Grande: contribuições do enfermeiro**. Doutorado em enfermagem [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade do Rio Grande, 2013.

SIQUEIRA, H.C.H., et al. **Cuidado Humano Plural**. 2ªed. Rio Grande: FURG, 2008.

SOARES, D.C.; PEREIRA, Q.L.C.; MILBRATH, V.M.; OLIVEIRA, N.A.; SIQUEIRA, H.C.H.D. Enfermagem: história e interfaces da profissão. In: SIQUEIRA, H.C.H.D.; CECAGNO, D.; PEREIRA, Q.L.C.P. **Equipe multiprofissional de saúde: Ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.

SIQUEIRA, H.C.H de. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir**. 2001. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SVALDI, J.S.D. **Rede Ecológica de Pesquisa em Enfermagem /Saúde no SUS: Possibilidades de Delineamento nos Hospitais Universitários Federais**. 2011. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, 2011.

TRINDADE, P. **Saúde da mulher**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013.

ANEXOS

ANEXO A



**São Francisco
de Paula**
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Pelotas, 15 de julho de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/HUSFP

Declaro ter conhecimento e autorizo a realização da pesquisa intitulada **AÇÕES E SERVIÇOS DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**, proposto pela(s) pesquisador(as), Mara Regina Bergmann Thurow (Mestranda) e Hedi Crencencia Heckler de Siqueira (Orientadora)

O referido projeto será desenvolvido no(a) HUSFP, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do CEP.

Atenciosamente,

Dr. Claudio S. S. Filho
ENFERMEIRO
DIRETOR TÉCNICO
HUSFP

Direção do HUSFP

Comitê de Educação NIEPAS HUSFP

Hospital Universitário São Francisco de Paula
Rua Marechal Deodoro nº. 1123 | Pelotas/RS | CEP: 96020-220
FONE: (53) 2128.8300 | FAX: (53) 2128.8392
www.husfp.ucpel.edu.br | husfp@yahoo.com.br
C.N.P.J.: 92.238.914/0002-94

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pelotas, 22 de julho de 2016.

Ilma, Sra.

Pelo presente termo, eu, Mara Regina Bergmann Thurew, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Hedi Crencenzi Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Dissertação de Mestrado, intitulada: **AÇÕES E SERVIÇOS DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA.**

A proposta de trabalho tem como objetivo investigar as ações e serviços que o enfermeiro desenvolve na Rede Cegonha no município de Pelotas, na Perspectiva Ecosistêmica. Para atingir esse objetivo, serão entrevistados os enfermeiros coordenadores (Chefe de Postos) das unidades básicas de saúde.

Os resultados poderão servir como subsídios e fonte de motivação aos gestores de saúde tendo em vista a garantia da integralidade da assistência prevista na Rede Cegonha.

Colocarei a sua disposição o projeto e seus anexos. Terei o compromisso de preservar os participantes envolvidos no estudo, assim como a instituição, respeitando os aspectos éticos, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde/Brasil.

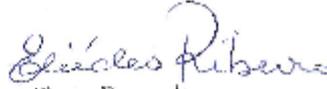
Na certeza de contar com seu apoio, coloco-me ao seu dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,


 Mara Regina Bergmann Thurew
 Mestranda em Enfermagem FURG
 E-mail: marathurew@gmail.com


 Dr.ª Hedi Crencenzi Heckler de Siqueira
 Orientadora
 E-mail: hedihs@terra.com.br

Diretora de Ações em Saúde
 Eliédes Ribeiro
 Pelotas/RS


 Eliédes Ribeiro
 Ciente. De acordo.
 Eliédes Ribeiro
 Eliédes de Freitas Albeiro
 Diretor de Ações em Saúde
 - S.M.S.
 Matrícula: 3192

ANEXO C



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPeU)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades para o desenvolvimento de pesquisa.

Documento nº:	00021/10
Título do projeto:	AÇÕES E SERVIÇOS DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA COSSISTÊMICA
Registro/ Comitê Ética:	NAO
Responsável na instituição:	PROFª DRª HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA
Email do responsável:	HEDIHS@TERRA.COM.BR
Link do currículo lattes do responsável:	HTTP://LATTES.CNPQ.BR/1661417112281203
Pesquisador principal:	MARA REGINA BERGMANN THUROW
Email do pesquisador principal:	marathurow@gmail.com
Telefone:	53-5155 0266
Link do lattes do pesquisador:	http://lattes.cnpq.br/3816765429600406
Concluída:	ESPECIALIZAÇÃO
Curso:	ENFERMAGEM
Em Andamento:	PÓS-GRADUAÇÃO - Qual:
Curso em Andamento:	ENFERMAGEM
Instituição Proponente:	FURG- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Objetivo principal do trabalho:	ANALISAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS PELO ENFERMEIRO NAS LINHAS DE CUIDADO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> INVESTIGAR ACERCA DA CAPACITAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS REFORÇERAM PARA ATUAR NA REDE CEGONHA DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> PESQUISAR AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO NAS AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> AVERIGUAR AS INTER-RELAÇÕES DOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS.
Objetivo Específicos do trabalho:	ANALISAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS PELO ENFERMEIRO NAS LINHAS DE CUIDADO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> INVESTIGAR ACERCA DA CAPACITAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS RECEBERAM PARA ATUAR NA REDE CEGONHA DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> PESQUISAR AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO NAS AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS; <input type="checkbox"/> AVERIGUAR AS INTER-RELAÇÕES DOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS.
Público Alvo:	COORDENADOR(A) DE ENFERMAGEM DA AREA MATERNO INFANTIL

Local para aplicação: ÁREA MATERNO INFANTIL
Nº da amostra: 01
Tipo de Pesquisa: Qualitativo
Tipo de Trabalho: Dissertação
Área(s) do conhecimento:

Ciências da Saúde

Agravo(s) em saúde em investigação:

Se aplicável, tipo de tecnologia(s) em investigação:

Se aplicável, natureza de aplicação da tecnologia em investigação:

Tipos de fomento: Financiamento com recursos próprios ou sem fomento externo
Recursos de capital (R\$):
Recursos de custeio (R\$):
Bolsas (R\$):
Recurso total do projeto (R\$): 4.268,00

Data prevista para início: 01/08/2016, data prevista para término: 12/08/2016 (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Carga Horária necessária / dia: 2 hs/dia
Periodicidade: SEMANAL
Turnos: TARDE
Horários: 14 hs

Nº de participantes que realizarão coleta de dados: 01

Obs: O Autor Principal deverá enviar a relação dos participantes para o e-mail ensino@heufpel.com.br após a aprovação do CEP.

Data da solicitação: 14/07/2016
Nome do responsável pela solicitação: MARA REGINA BERGMANN THUROW

CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER

Nº do documento: 00621/16
 Data / recebimento: 14/07/2016
 Encaminhamento para (unidade/ serviço / setor):
Ale Supervisora Susana Cecagno

Data / encaminhamento: *10/07/2016* *Camilla Barcelos*
 Assinatura e carimbo / Gerência de Ensino e Pesquisa: *Camilla Barcelos*
Gerente de Ensino e Pesquisa
HE - UFPel / EBSEH

Data / recebimento: *19/07/16*
 Parecer / área: *Susana Cecagno*
Enfermeira - Obstetrícia
COBEN 119075 SIAPE 2254900
HE - UFPel / EBSEH

Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisado questões de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.
 Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Encaminho para parecer do departamento / serviço:
 Solicito que sejam analisadas questões referente a _____
 Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Motivo: _____

Data / encaminhamento: ____/____/____
 Assinatura e carimbo / Chefia / Área: _____

Data / recebimento: ____/____/____
 Outro / parecer: _____
 Área: _____
 Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Motivo: _____

Data / encaminhamento: ____/____/____
 Assinatura e carimbo / Chefia / Área: _____

Parecer Final / Direção (A **autorização** para realização desta pesquisa está **condicionada** a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros naCoord. Ensino, Pesquisa e Extensão.)
 Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP
 Com restrições / Motivo: _____
 Não aprovado

Patricia Noguez
 Diretor: _____ Em: *21/07/16*

Pág. 3 de 3
 Enfª Me. Patricia Noguez
 Chefe da Gestão do Ensino
 HE-UFPel/EBSEH

ANEXO D



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 132/2016
CEPAS 61/2016**Processo:** 23116.006154/2016-89**CAAE:** 59628416.5.0000.5324**Título da Pesquisa:** AÇÕES E SERVIÇOS DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**Pesquisador Responsável:** Mara Regina Bergmann Thurrow**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 122/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "AÇÕES E SERVIÇOS DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 11 de outubro de 2016.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÉNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**PROJETO: AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA NA
 PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA.**

Identificação (Pseudônimo)
Sexo: F () M ()
Idade:
Tempo de formação:
Tempo de atuação nessa área:
Função ou cargo atual:
Pós graduação: S () N () Lato senso () Em que área? Mestrado () Doutorado ()
Local de atuação: Atenção primária () Atenção Hospitalar ()
Qual vínculo Empregatício?

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA

1. Certamente na RC do município de Pelotas muitas ações e serviços são oferecidos para dar conta desse belo trabalho implantado. Algumas dessas ações, provavelmente, são desenvolvidas pelos enfermeiros nos diversos serviços.
 Na sua opinião, quais são as ações que o enfermeiro desenvolve nesta unidade de saúde?
2. Fale com suas palavras sobre as linhas de cuidado da RC que são desenvolvidas nesta unidade de saúde que você coordena;
3. Para desenvolver as ações nos serviços da RC você recebeu alguma capacitação? Se sim, fale sobre a capacitação recebida;
4. Na sua opinião, quais são os principais desafios que o enfermeiro enfrenta ao desenvolver ações nos serviços da RC;
5. Fale sobre as facilidades e dificuldade que o enfermeiro enfrenta ao desenvolver ações nos serviços da RC no município de Pelotas?
6. Relate com suas palavras o funcionamento dos serviços que formam a RC do município. Como isso acontece?
7. Como os serviços que integram a RC encaminham a gestante ou recém-nascido de um serviço para outro? Explique como isso é realizado.
8. Desde a implantação da RC em Pelotas, houve melhorias na qualidade do atendimento à mulher e à criança? Dê a sua opinião a respeito dessas questões.

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****AÇÕES DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS QUE INTEGRAM A REDE
CEGONHA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA.**

A mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Mara Regina Bergmann Thurow, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: O trabalho da Enfermagem Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Prof^ª Dr^ª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG. A proposta tem como objetivo: investigar as ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha no município de Pelotas, na Perspectiva Ecosistêmica. As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins de trabalhos científicos, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Com essa pesquisa busca-se contribuir para a melhoria das ações do cuidado de enfermagem, principalmente, na redução da mortalidade materna e neonatal, violência obstétrica e qualidade do pré-natal entre outros no contexto da atenção básica e na atenção hospitalar, com vistas a cooperar com subsídios para um cuidado mais efetivo e eficaz prestado pelo atendimento integrado no SUS, acarretando benefícios para o usuário e família, para o profissional, como também para os serviços e instituições de saúde promovendo a integralidade do cuidado.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado (a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido (a) pela mestranda Mara Regina Bergmann Thurow, em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: Ações e Serviços do enfermeiro na rede cegonha na perspectiva ecossistêmica.

Declaro, outro sim, que fui informado (a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do coordenador responsável: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 81 55 02 66.

Email: marathurow@gmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone:

(053) 3278 40 ou Email: hedihs@terra.com.br

Contato CEPAS-FURG: Rua Visconde de Paranaguá, 102.

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior – 1º Andar – Tel: 53 - 3237.4652