



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Tatiana Cabral da Silva Ramos

**Gestantes de risco habitual: a influência das redes sociais na atenção pré-natal**

Rio de Janeiro

2019

Tatiana Cabral da Silva Ramos

**Gestantes de risco habitual: a influência das redes sociais na atenção pré-natal**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Maria Scherlowski Leal Davi

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R176      Ramos, Tatiana Cabral da Silva.  
            Gestantes de risco habitual: a influência das redes sociais na atenção  
            pré-natal / Tatiana Cabral da Silva Ramos. - 2019.  
            93 f.

            Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal Davi.  
            Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
            Faculdade de Enfermagem.

            1. Redes sociais. 2. Cuidado Pré-natal. 3. Estratégia Saúde da Família.  
            4. Gestantes. I. Davi, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do  
            Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Tatiana Cabral da Silva Ramos

**Gestantes de risco habitual: a influência das redes sociais na atenção pré-natal**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 23 de janeiro de 2019.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Maria Saboia  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mercedes de Oliveira Neto  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2019

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família: Luiz Felipe, Thomaz, Vera Regina, Vânia Mara e Arideia. Sem vocês, nada faz sentido.

## AGRADECIMENTOS

Nada nesta vida se constrói sozinho e para conclusão desta etapa acadêmica que mudou minha vida como pessoa e como profissional, contei com o apoio de algumas pessoas as quais gostaria de agradecer com todo meu amor.

Primeiramente, agradeço a Deus por estar sempre do meu lado, tranquilizando minhas aflições, acalentando minha alma e guiando meus passos para que tudo se tornasse possível.

Ao meu marido Luiz Felipe, meu principal incentivador que sempre acreditou em mim e em meus sonhos, soube me ouvir e cuidou do nosso maior tesouro durante os meus longos momentos de ausência. Obrigada por ser esse homem incrível!

Ao meu filho Thomaz, razão do meu viver e dos meus esforços desmedidos. Para ele e por ele continuo crescendo.

As três mulheres mais incríveis que Deus colocou em minha vida, Arideia, Vânia Mara e Vera Regina, por me amarem incondicionalmente, me educarem e cuidarem do meu filho com o maior amor do mundo!

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David, por ter confiado na minha capacidade me dando a oportunidade de realizar o mestrado. Por todo conhecimento e sabedoria compartilhados além da paciência e compreensão dispensadas.

À banca examinadora não só pela disponibilidade e gentileza, mas pelas contribuições pertinentes que possibilitaram o enriquecimento deste trabalho bem como meu crescimento acadêmico.

A companheira de trabalho Amanda Morais, que me norteou me dando total apoio no ingresso ao mestrado.

As colegas de trabalho Dayane e Meive que abriram as portas das unidades onde foram realizadas as entrevistas me recebendo de forma acolhedora e profissional.

Aos queridos amigos Tarciso e Carol, companheiros de turma e agora da vida. Juntos compartilhamos conhecimentos, aflições e boas risadas. Obrigada pela parceria e que a amizade sempre se fortaleça.

As queridas Mariana, Juliete, Suzana e Caroline Leite, amigas que fiz ao longo do mestrado. Presteza, disponibilidade e troca definem essa relação.

À minha equipe de trabalho por me apoiar e conduzir com maestria a rotina durante meus momentos de ausência. Obrigada por serem profissionais de excelência.

Ao colega Marcus Vinicius, pela paciência e ajuda no manuseio dos softwares de redes sociais.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração, em especial à Gabriela que sempre buscou me auxiliar da melhor forma possível, e ao meu amigo Pedro de quem tanto me orgulho e me estendeu a mão nesta etapa tão importante de minha carreira.

## RESUMO

RAMOS, Tatiana Cabral da Silva. **Gestantes de risco habitual**: a influência das redes sociais na atenção pré-natal. 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O cuidado pré-natal inclui a prevenção, a promoção e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante a gestação e após o parto nos quais a qualidade da assistência oferecida estão relacionadas à adesão do acompanhamento pela gestante. Este estudo tem como objeto a configuração das redes sociais das gestantes acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família em um município da Baixada Fluminense, tendo como objetivo: compreender a repercussão das relações estabelecidas nas redes sociais das gestantes. Objetivos específicos: descrever as configurações das redes sociais das gestantes acompanhadas na ESF durante o pré-natal; analisar os padrões de relações das gestantes e discutir como tais relações influenciam no período. Trata-se de um estudo que buscou apreender as relações sociais das gestantes por meio de uma abordagem qualitativa, com base na análise de conteúdo temático-categorial, articulada a recursos do método de Análise de Redes Sociais (ARS) para a construção das Redes. Foram entrevistadas 11 gestantes em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família, em duas unidades distintas de atenção primária à saúde do município, tendo como critérios de inclusão ter no mínimo 18 anos, estar em acompanhamento pré-natal na unidade em qualquer idade gestacional e ter passado por pelo menos uma consulta, e como critério de exclusão ser gestante de alto risco. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de informações. Para a análise de redes sociais foram utilizados os softwares UCINET, NETDRAW e GEPHI. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer 728.664. O material obtido nas entrevistas foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática, gerando as seguintes categorias: acesso e disponibilidade de serviços; a rede primária das gestantes e as questões familiares; a configuração da rede secundária das gestantes. O apoio teórico para a análise se fundamentou nos conceitos da teoria social de Pierre Bourdieu de: capital social e cultural. Resultados e discussão dos dados: O estudo das redes sociais das gestantes possibilitou compreender que a rede primária demonstra potencial influência durante o processo do pré-natal, sendo mais acionadas figuras do sexo feminino, configurando uma baixa participação do companheiro no acompanhamento. Já as redes secundárias mostraram sua relevância a partir do vínculo de confiança estabelecido entre as gestantes e os profissionais das ESF, especificamente médicos e enfermeiros, com participação incipiente do agente comunitário de saúde. O entendimento dos conceitos capitais cultural e social possibilitaram compreender o posicionamento das gestantes em relação a disponibilidade e acesso aos serviços no município, bem como a mobilização de recursos nas redes. Conclui-se que estudar as redes sociais das gestantes permite vislumbrar o potencial da estrutura das redes para o cuidado pré-natal, assim como evidencia limites das equipes e do sistema de saúde para a efetivação do cuidado.

Palavras-chave: Redes Sociais. Cuidado Pré-Natal. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

RAMOS, Tatiana Cabral da Silva. **Pregnant women with habitual risk: social networks and their influence in prenatal care.** 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Prenatal care includes the prevention, promotion and treatment of health issues that may occur not only throughout a pregnancy but also during the time that follows it. The quality of the care offered is related to the adherence of the assistance given to the pregnant woman. The aim of this study is to monitor the social networks of pregnant woman medically assisted by Family Health Strategy (ESF) in the municipality of Baixada Fluminense (Rio de Janeiro), with the objective to understand the influence relationships induce throughout the Prenatal period of these women's pregnancy as well as observe if there is any patterns in the relationships of these women that are being monitored and the care they give the fetus. This study sought to understand social relations of pregnant women through a qualitative approach, based on analyzing thematic-categorical content, collected through the Social Networks Analysis (ARS) method to build the Network. Eleven pregnant women were interviewed that receive medical assistance from Family Health Strategy, from two distinct primary health care units that are in the same municipality, the criteria's for this study included that the women had to be at least 18 years old, they also were required to be in and attending a prenatal program at any of the ESF units. These women could be at any point in their gestation, however they must have been to at least one prenatal appointment, and as for a criterion for exclusion, the women couldn't be in a high-risk pregnancy. To collect information from these women, a semi-structured interview technique was used. As for the analysis of social networks, the following software programs were utilized, UCINET, NETDRAW and GEPHI. Data was collected for a four month period from February to May 2018. The study was approved by the Research Ethics Committee in accordance with legal report 728.664. Material that was obtained in the interviews was processed with content type analysis, generating the following categories: access and availability of the services; the primary network of pregnant women and family issues; the configuration of the secondary network of pregnant women. Theoretical support for the analysis was based on the concepts of Pierre Bourdieu's social theory: social and cultural capital. Results and discussion of the data: The study of the pregnant women's social networks made it possible to understand that the primary network demonstrates potential influence during the prenatal process, with more female figures being registered, thus creating low involvement levels from their companions during the follow-up appointments. On the other hand, the secondary networks showed their relevance based on the bond of trust established between the pregnant women and ESP professionals, specifically physicians and nurses, with incipient participation of the community health agent. Through the understanding of cultural and social capital concepts, the possibility comprehending the position of pregnant women in relation to the availability and access to services in the municipality was acquired, as well as the mobilization of resources in the networks. It can be concluded that through analyzing the social networks of pregnant women we have a glimpse of the potential network structure for prenatal care, these social networks also revealed the limits of the teams and the health system for effective care.

Keywords: Social Networking. Prenatal Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|             |                                                                                                                      |    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 –  | Publicações a partir de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde.....                                              | 18 |
| Quadro 2 –  | Produções científicas a partir de descritores na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (CAPES) ..... | 19 |
| Figura 1 –  | Rede social de “AMARÍLIS” .....                                                                                      | 49 |
| Figura 2 –  | Rede social de “BEGÔNIA” .....                                                                                       | 50 |
| Figura 3 –  | Rede social de “DÁLIA” .....                                                                                         | 51 |
| Figura 4 –  | Rede social de “ERVA-DOCE” .....                                                                                     | 52 |
| Figura 5 –  | Rede social de “HORTÊNCIA” .....                                                                                     | 52 |
| Figura 6 –  | Rede social de “JASMIM” .....                                                                                        | 53 |
| Figura 7 –  | Rede social de “LAVANDA” .....                                                                                       | 54 |
| Figura 8 –  | Rede social de “LÍRIO” .....                                                                                         | 55 |
| Figura 9 –  | Rede Social “MAGNÓLIA”.....                                                                                          | 55 |
| Figura 10 – | Rede Social “PETÚNIA” .....                                                                                          | 56 |
| Figura 11 – | Rede Social “ROSA” .....                                                                                             | 57 |
| Figura 12 – | Redes das gestantes durante o acompanhamento pré-natal.....                                                          | 58 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------|
| ACS    | Agente Comunitário de Saúde                                   |
| APS    | Atenção Primária a Saúde                                      |
| ARS    | Análise de Redes Sociais                                      |
| BDTD   | Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações         |
| BVS    | Biblioteca Virtual em Saúde                                   |
| CAPES  | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior   |
| CEP    | Comitê de Ética e Pesquisa                                    |
| CNPQ   | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| eSF    | Equipe de Saúde da Família                                    |
| ESF    | Estratégia Saúde da Família                                   |
| MS     | Ministério da Saúde                                           |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                                  |
| ONU    | Organizações das Nações Unidas                                |
| PACS   | Programa de Agentes Comunitários da Saúde                     |
| PNAB   | Política Nacional de Atenção Básica                           |
| PPGENF | Programa de Pós-Graduação em Enfermagem                       |
| PSF    | Programa de Saúde da Família                                  |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                        |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                    |
| UAPS   | Unidade de Atenção Primária à Saúde                           |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                                       |
| UB     | Unidade B                                                     |
| UT     | Unidade T                                                     |
| UERJ   | Universidade do Estado do Rio de Janeiro                      |

## SUMÁRIO

|          |                                                                                           |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|          | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                    | <b>12</b> |
| <b>1</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                                         | <b>17</b> |
| 1.1      | <b>A importância de um cuidado pré-natal qualificado.....</b>                             | <b>20</b> |
| 1.2      | <b>A Estratégia de Saúde da Família e o papel do enfermeiro no cuidado pré-natal.....</b> | <b>24</b> |
| 1.3      | <b>A Atenção Primária à Saúde e o acesso aos serviços.....</b>                            | <b>29</b> |
| <b>2</b> | <b>REFENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                             | <b>33</b> |
| 2.1      | <b>Aproximações ao conceito de Redes Sociais.....</b>                                     | <b>33</b> |
| 2.2      | <b>Pierre Bourdieu e as Redes Sociais.....</b>                                            | <b>36</b> |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>                                                                   | <b>39</b> |
| 3.1      | <b>Tipo de pesquisa.....</b>                                                              | <b>39</b> |
| 3.2      | <b>Caracterização do município de estudo.....</b>                                         | <b>40</b> |
| 3.3      | <b>Perfil da saúde do município.....</b>                                                  | <b>41</b> |
| 3.4      | <b>Perfil das unidades participantes da pesquisa.....</b>                                 | <b>43</b> |
| 3.5      | <b>Participantes da pesquisa.....</b>                                                     | <b>44</b> |
| 3.6      | <b>Técnica e instrumento de coleta de dados.....</b>                                      | <b>44</b> |
| 3.7      | <b>Análise de dados.....</b>                                                              | <b>45</b> |
| 3.8      | <b>Aspectos éticos.....</b>                                                               | <b>47</b> |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                        | <b>48</b> |
| 4.1      | <b>Caracterização dos participantes e configuração das redes sociais.....</b>             | <b>48</b> |
| 4.1.1    | <u>Análise estrutural das redes das gestantes.....</u>                                    | <u>58</u> |
| 4.2      | <b>ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....</b>                                                       | <b>60</b> |
| 4.2.1    | <u>Acesso e disponibilidade de serviços.....</u>                                          | <u>60</u> |
| 4.2.2    | <u>A rede primária das gestantes e as questões familiares.....</u>                        | <u>64</u> |
| 4.2.3    | <u>A configuração da rede secundária das gestantes.....</u>                               | <u>68</u> |
|          | <b>CONCLUSÃO.....</b>                                                                     | <b>76</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                   | <b>78</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....</b>                                   | <b>87</b> |
|          | <b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>                       | <b>89</b> |
|          | <b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>                              | <b>91</b> |

|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ANEXO B – Solicitação para realização de pesquisa.....</b> | <b>93</b> |
|---------------------------------------------------------------|-----------|

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as redes sociais de gestantes acompanhadas por equipes de Saúde da Família (eSF) em duas unidades de atenção básica em um município da Baixada Fluminense, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro

Esta pesquisa é originária de um projeto maior intitulado “Análise de redes sociais no trabalho da enfermagem na Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística – PROCIÊNCIA da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e insere-se no grupo de pesquisa “Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UERJ, coordenado pela pesquisadora Dr<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David, professora associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UERJ.

A assistência pré-natal é um conjunto de medidas e intervenções durante a gestação, realizadas por profissionais, incluindo a prevenção, a promoção e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante a gestação e após o parto. Seu objetivo é garantir o desenvolvimento da gestação, no intuito de promover um parto de uma criança saudável, minimizando o quanto possível os riscos para a mãe e para o bebê. A assistência prestada deve ser pautada na prevenção e identificação precoce de gestantes de alto risco, nas quais a qualidade oferecida, tanto pelos serviços de saúde quanto pelos profissionais, são fatores ligados à questão da adesão ao acompanhamento por parte da mulher, influenciando diretamente na redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (TOMASI, et al, 2017; ZUGAIB, 2016; BRASIL, 2013).

Segundo as Organizações das Nações Unidas (ONU), em 2015, 303 mil mulheres morreram no mundo por causas relacionadas à gravidez. E, no mesmo ano, 2,7 milhões de crianças morreram durante os 28 primeiros dias de vida e 2,6 milhões de bebês nascidos eram natimortos. Segundo levantamento da ONU, apenas 64% das mulheres grávidas realizam quatro ou mais consultas durante a gestação. A ONU ressalta que o atendimento pré-natal não inclui apenas o aspecto clínico para a detecção e prevenção de doenças, mas também aconselhamento sobre estilo de vida saudável e planejamento familiar (ONUBR, 2016).

A partir da criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991, a família passou a receber mais atenção como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo de forma isolada. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) consolida a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), anos depois intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo geral de melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce das doenças, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Dentre os serviços oferecidos, encontra-se o cuidado pré-natal (SILVA, 2013).

A equipe da ESF, formada minimamente por enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem, possui atribuições em comum, e que, em se tratando de pré-natal, abarca a captação precoce da gestante no território, orientação às mulheres e suas famílias em relação à importância de um acompanhamento assíduo, escuta qualificada e acolhimento, realização de visitas domiciliares e identificação de sinais risco/alerta (BRASIL, 2013).

No entanto, mesmo mediante toda a relevância da assistência à mulher durante o pré-natal, na prática, os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada. Ainda se percebe a supervalorização da doença, ficando a saúde da gestante no sistema público aquém das necessidades e expectativas das mulheres e do que os profissionais almejam. Em muitos casos, a consulta pré-natal na atenção básica se caracteriza como um momento rotineiro, técnico, rápido, no qual os profissionais se preocupam em cumprir protocolos institucionais que valorizam as aferições e medidas, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Deficiências na infraestrutura da unidade de saúde falta de materiais e insumos e a falta de uma rede estruturada para a realização de exames complementares estão entre os fatores que podem dificultar o bom andamento do acompanhamento gestacional.

Mediante esse contexto, em diversos momentos, as gestantes são levadas a buscar ajuda fora do ambiente onde realizam seu pré-natal, no intuito de esclarecer dúvidas ou até mesmo obterem serviços que deveriam ser oferecidos naquele ambiente, se deparando com a necessidade de estabelecer vínculos e trilhar caminhos alternativos, que podem ser reconhecidos dentro do conceito das redes sociais primárias. Esses percursos informais, em determinadas situações, se apresentam como a opção mais viável, rápida e segura, com objetivo de minimizar angústias ou até mesmo garantir acesso aos serviços necessários durante o acompanhamento pré-natal.

O conceito de redes sociais é entendido como um recurso capaz de explicar o potencial mobilizador da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras, fortalecidas por ações solidárias geradas horizontalmente entre indivíduos e grupos sociais, no interior da sociedade civil, nas esferas de poder dos governos etc. Além de centrar seu foco na análise dos atores sociais fixos a partir de determinadas posições ou *status*, concentra sua atenção nas relações propriamente ditas, nas quais o valor básico das ações é voltado para a relação social em si mesma: em sua morfologia, densidade, intensidade e sentido. (ANDRADE; DAVID, 2015).

Dentro de uma rede social, os atores mantêm relações com os outros que formam o vínculo entre eles. O conjunto coletivo de atores e laços forma a rede de conexões entre todos os membros do conjunto social particular. Os atores estão conectados pelas relações individuais que eles mantêm, sendo coletivamente, esse conjunto de relações que define o vínculo entre os atores.” (HAYTHORNTHWAITE, 2009)

Marteletto e Tomaél (2005) apontam que relações de convívio, interação e pertencimento do indivíduo são elementos essenciais das redes sociais. Dessa forma:

As redes são organizações sociais compostas por indivíduos e grupos cuja dinâmica tem por objetivo a perpetuação, consolidação e progressão das atividades dos seus membros em uma ou mais esferas sociopolíticas (MARTELETO; TOMAÉL, 2005, p. 87).

O reconhecimento do papel de cada indivíduo na formação de uma rede se dá a partir da frequência com a qual o mesmo é acionado para a resolução de um problema. O conjunto de contatos, os relacionamentos, as amizades e o conhecimento de determinado indivíduo envolvido no processo permite a este expandir o seu poder de acesso e resolubilidade quando inserido nas redes sociais de apoio (NASCIMENTO; MARTELETO, 2008). Cada indivíduo envolvido em uma rede social desempenha um papel dentro desta, sendo assim capaz de utilizar alternativas de acordo com seu envolvimento com os demais membros inseridos no processo (COSTA, 2016).

As redes sociais podem ser interações entre indivíduos, instituições ou grupos. Na área da saúde, os profissionais e usuários integram e participam dessas redes. Os profissionais podem exercer um papel relevante na garantia do acesso aos serviços de saúde, uma vez que, ao se deparar com empecilhos, interagem com outros profissionais para superar impasses de acordo com a necessidade (FONSECA, 2017).

A motivação pela temática deste estudo surgiu a partir da minha vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da família (ESF) em uma Unidade de Atenção Primária à

Saúde (UAPS) de um município da Baixada Fluminense, onde desempenha diversas funções gerenciais e assistenciais, dentre elas o cuidado pré-natal.

Enquanto enfermeira de eSF, responsável pelo acompanhamento pré-natal de aproximadamente trinta gestantes em média por mês nos últimos três anos e meio, percebo a falta de conhecimento em relação aos serviços por parte das pacientes, além da dificuldade de acesso a eles. Esses fatos acabam fazendo com que essas mulheres busquem informações e serviços fora da unidade que realizam seu acompanhamento pré-natal, estabelecendo desta forma relações com diversos atores ou instituições que passarão a compor suas redes sociais, podendo assumir funções durante o acompanhamento.

Segundo Faquinello; Marcon e Waidmann (2011) atualmente, após a realização de diversos estudos sobre redes sociais, é difícil negar a importância que elas assumem para os indivíduos de forma geral, principalmente para aqueles que enfrentam alguma condição especial de saúde, como no caso deste estudo, as gestantes. São diversos os fatores envolvidos em um acompanhamento pré-natal, no qual as RS podem contribuir na qualidade de vida dessas mulheres, na qual o suporte social se mostra relevante para promoção de saúde, autocuidado e adesão ao pré-natal.

No intuito de enriquecer os estudos sobre redes, a apropriação do pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu tem se mostrado potente, devido ao enfoque dado por parte do autor nas relações sociais. Bourdieu, por meio da noção de capital social, associa a importância dos relacionamentos e dos contatos que se constroem a partir de recursos pessoais como educação, capacidade intelectual e retórica. Ele afirma que, para ocorrer uma evolução do capital sócia, deve ser construída uma base consistente e o capital trabalhado constantemente (AZEVEDO, 2018; MARTELETO; PIMENTA, 2017).

Dentro desta perspectiva, esta pesquisa tem como objeto a configuração das redes sociais das gestantes acompanhadas na ESF em um município da Baixada Fluminense. As questões norteadoras do estudo foram: como se configuram as redes sociais das gestantes acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família? Como essas redes sociais atuam no apoio às gestantes durante o acompanhamento do pré-natal? Qual a influência dos profissionais da equipe de saúde da família nessas redes?

O reconhecimento das redes sociais das gestantes como meio de garantir a continuidade do pré-natal possibilita identificar quais os principais atores que compõe essas redes, os que assumem papéis centrais dentro delas e o impacto dessas RS para a garantia do cuidado as gestantes. Por meio do estudo destas redes, é possível aprofundar discussões sobre as novas organizações sociais estabelecidas pelos indivíduos e a interação com os

profissionais da atenção primária em saúde (APS), com o objetivo de garantir um cuidado pré-natal eficiente.

O estudo das redes sociais e suas implicações na saúde é relevante para o ensino, pois fomenta a discussão sobre a resolubilidade e eficácia dos serviços prestados a partir das interações sociais. A compreensão do conceito de saúde ultrapassa a dimensão biológica, abarcando a dimensão social na qual diversos atores se encontram envolvidos no processo da saúde, facilitando assim a associação ao estudo das redes. Conhecer e compreender o conceito de redes sociais contribui para o entendimento da dinâmica relacional entre indivíduos (MARTELETO, 2005).

O estudo permitirá a expansão da aplicabilidade do conceito de redes sociais e sua metodologia na área da saúde, que ainda conta com poucas publicações acerca da temática (AZEVEDO, 2017; FONSECA, 2017). Por meio desta pesquisa, as unidades participantes do estudo, bem como o município onde se localizam, poderão subsidiar-se de informações úteis para melhorias em relação ao processo de saúde, particularmente o cuidado pré-natal, disponibilidade de serviços e acesso, permitindo uma reflexão do papel potencial da equipe da saúde da família.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Compreender a repercussão das relações estabelecidas nas redes sociais de gestantes acompanhadas na ESF de um município da baixada fluminense.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever as configurações das redes sociais das gestantes acompanhadas na ESF em um município da Baixada Fluminense durante o cuidado pré-natal;
- b) Analisar os padrões de relações dessas gestantes;
- c) Discutir como tais relações influenciam essas gestantes no período pré-natal.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

Para que um trabalho científico tenha credibilidade, é necessário que o investigador mantenha um diálogo constante e sistemático com as produções preexistentes acerca da temática de sua pesquisa. A revisão de literatura consiste no levantamento e análise do que já foi produzido sobre o tema, permitindo um mapeamento de quem já investigou e o que já foi descoberto em relação ao tema da pesquisa, possibilitando o aprofundamento teórico que norteia o estudo (SIMÕES; GARCIA, 2014).

O levantamento da literatura para este estudo foi realizado em dois momentos distintos. O primeiro momento se deu por meio da busca pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerada uma das principais redes de fontes de informação on-line para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde. Para as buscas realizadas nos meses de setembro de 2017 e maio de 2018, foram utilizados os seguintes descritores: cuidado pré-natal, estratégia saúde da família, redes sociais, acesso aos serviços de saúde e capital social. Os critérios de inclusão foram: a) artigo ou tese original, disponibilizado na íntegra nas bases virtuais de dados (LILACS, BDENF, MEDLINE); (b) publicado no período de 2013 a 2017; (c) nos idiomas português e inglês; (d) publicados em revistas nacionais e internacionais; (e) documentos em formato de artigo ou tese; (f) que abordassem o tema proposto. Os critérios de exclusão foram: trabalhos incompatíveis com os objetivos do estudo e não disponíveis na íntegra em formato eletrônico. Os textos repetidos em mais de uma base de dados não foram contabilizados.

No intuito de alcançar o maior número de produções, foram realizadas combinações booleanas com os descritores a partir da utilização do conector “AND” e obteve-se um resultado final de 24 publicações. Conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Publicações a partir de descritores da Biblioteca Virtual em Saúde

| Descritores                                            | nº de publicações | Após aplicação do filtro* | Após filtrar por assunto principal                    | Total | Publicações selecionadas após a leitura dos resumos/exclusão dos repetidos |
|--------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| Cuidado pré-natal                                      | 31689             | 53                        | (Assunto principal: Cuidado pré-natal) = 25           | 25    | 13                                                                         |
| "Cuidado Pré-natal" and "Estratégia Saúde da Família"  | 68                | 10                        | (Assunto principal: Estratégia Saúde da Família) = 5  | 5     | 4                                                                          |
| "Cuidado Pré-Natal" and "redes sociais"                | 3                 | 1                         | *****                                                 | 1     | 1                                                                          |
| "Cuidado Pré-Natal" and "acesso aos serviços de saúde" | 32                | 8                         | (Assunto principal: acesso aos serviços de saúde) = 8 | 8     | 5                                                                          |
| "Redes sociais" and "acesso aos serviços de saúde"     | 23                | 6                         | *****                                                 | 6     | 1                                                                          |
| "Redes sociais" and "capital social"                   | 35                | 3                         | *****                                                 | 3     | 0                                                                          |
|                                                        |                   |                           |                                                       | Total | 24                                                                         |

Legenda: \*Filtros utilizados: Ano 2013-2017; Texto completo disponível; Idioma Português/Inglês; Tipo de documento: artigo e tese; Assunto da revista: Enfermagem.

Fonte: A autora, 2018.

Em um segundo momento, visando complementar a busca e conhecer as produções dos programas de pós-graduação brasileiros, foi realizado um levantamento na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do portal CAPES. Esta segunda busca foi realizada em agosto de 2018, utilizando as seguintes combinações de descritores e operadores booleanos: “acesso” AND “redes sociais”, “pré-natal” AND “redes sociais” AND “capital social”, “redes sociais” AND “pré-natal”, na qual foi possível encontrar um total de 04 produções científicas. Os critérios de inclusão adotados foram: a) documentos em formato de dissertação ou tese; (b) publicados no período de 2013 a 2017; (c) que abordassem o tema proposto. Já como critério de exclusão: trabalhos incompatíveis com os objetivos do estudo. Após esta seleção, foram selecionadas quatro produções, sendo 02 dissertações e 02 teses.

Quadro 2 – Produções científicas a partir de descritores na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (CAPES)

| Descritores                                          | nº de estudos | Após aplicação do filtro* | Total | Publicações selecionadas após a leitura dos resumos |
|------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|-------|-----------------------------------------------------|
| "acesso" AND "redes sociais"                         | 3.456         | 3                         | 3     | 2                                                   |
| "pré-natal" AND "redes sociais" AND "capital social" | 19            | 1                         | 1     | 1                                                   |
| "redes sociais" AND "pré-natal"                      | 301           | 2                         | 2     | 1                                                   |
|                                                      |               |                           |       | 4                                                   |

Legenda: \*Filtros utilizados: Ano 2013-2017; Grande área de conhecimento: Ciências da Saúde; Área do conhecimento: Enfermagem; Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade, Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Fonte: A autora, 2018.

Dessa forma, foram selecionadas 28 produções científicas. Por meio deste levantamento, foi possível ratificar o cuidado pré-natal como garantia essencial para a saúde da mulher e da criança. Por se tratar de uma experiência complexa que englobam alterações biológicas e emocionais, a gravidez envolve a sociedade, os serviços de saúde e a família em que a mulher se encontra inserida, na qual a assistência no pré-natal vem sendo adotada como uma política de saúde para redução da morbimortalidade materna e neonatal (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

No que diz respeito à ESF, estudos apontam que ela representou um avanço na transformação no modelo de saúde vigente, melhorando a relação entre os profissionais e usuários por meio do estabelecimento de vínculo, fator primordial para realização de efetivas ações de saúde neonatal (DUARTE; ALMEIDA, 2014; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013). É imprescindível que os profissionais de saúde integrantes da ESF trabalhem de forma interdisciplinar, na qual o cuidado prestado à gestante aconteça de forma integral e complementar, pois o saber de cada profissional é valorizado, estabelecendo uma assistência desde a descoberta da gravidez até o período puerperal (SANTIAGO; SOUSA; NÓBREGA, 2017).

Apesar de toda importância acerca do acompanhamento pré-natal, mesmo com a ampliação do número de postos e centros de saúde públicos e a atenção primária como primeira porta de ingresso do usuário, estudos mostram que o acesso ao pré-natal ainda é dificultado devido ao fato de as unidades de saúde muitas vezes serem distantes das

residências das gestantes, não possuem vagas para realização do acompanhamento, ou as mulheres não residem na área de adscrição da ESF (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA; RAFAEL, 2011; VIACAVA, 2018)

Os estudos encontrados que abordaram a temática de redes sociais e capital social na saúde foram poucos e apontam que o envolvimento nas redes sociais oferece formas de apoio social como "fatores de proteção" contra doenças, e que nos espaços laborais podem ser utilizados por profissionais para garantir do acesso dos usuários do SUS às redes de atenção especializada quando os recursos formais se esgotam (FONSECA, 2017).

A seguir, outros pontos relevantes destas produções selecionadas serão abordados por meio do desenvolvimento dos seguintes tópicos: a importância de um cuidado pré-natal qualificado, a Estratégia de Saúde da Família e o papel do enfermeiro no cuidado pré-natal e o a atenção primária à saúde e o acesso aos serviços. Posteriormente, serão explanados algumas noções à obra de Pierre Bourdieu, redes sociais e como estes podem auxiliar na análise da configuração das redes sociais das gestantes durante o acompanhamento pré-natal.

### **1.1 A importância de um cuidado pré-natal qualificado**

Durante muitos anos, as experiências da gestação e do parto eram exclusivas das mulheres. Em sua maioria eram compartilhadas apenas com parteiras, religiosas ou mulheres experientes da família (CRUZ et al., 2014). A partir da evolução das ciências biomédicas devido ao processo de industrialização, surgiram novos instrumentos diagnósticos; a tecnologia contribuiu para o aperfeiçoamento das práticas cirúrgicas, as patologias passaram a ser diagnosticadas e rotuladas, e a obstetrícia firmou-se na formação profissional institucionalizando-se, com seus avanços ao longo dos anos contribuiu para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo (CRUZ et al., 2014; BRASIL, 2017).

O pré-natal é a assistência que inclui a prevenção, a promoção e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante a gestação e após o parto (BRASIL, 2013). Para que um pré-natal seja qualificado, gestante e o recém-nascido devem receber atendimento adequado durante a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto (DUARTE; JUNIOR, 2014). A realização da atenção pré-natal de qualidade é essencial para a garantia da saúde materna e neonatal, possuindo papel decisivo no resultado da gestação no momento em que identifica

situações de risco para a gestante e para o feto possibilitando as intervenções oportunas (CRUZ, et al, 2014). Deve ser humanizada, mantendo um olhar que compreenda a pessoa em sua totalidade, considerando os ambientes sociais, econômicos, culturais e físicos nos quais as pessoas encontram-se inseridas (BRASIL, 2013)

Para ser considerada uma assistência de qualidade, o pré-natal deve ser organizado de forma que as gestantes possam fácil acesso aos serviços, espaço físico adequado e disponibilidade de serviços diagnósticos e terapêuticos (ZUGAIB, 2016). Deve ser assíduo, com participação de uma equipe treinada e uma retaguarda presente para os casos de internações, uma vez que as consultas pré-natal visam a promoção do bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2013; CRUZ et al., 2014).

No Brasil, em 1984, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM marcou a ruptura de conceitos e princípios em relação às políticas de saúde da mulher. O novo programa passou a incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência clínica ginecológica, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, assistência no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

No ano de 2002, foi instituído pelo MS o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. O Programa proposto deve ser executado de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal tendo por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentro de seus princípios e diretrizes, estão o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito ao acompanhamento pré-natal adequado, direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; BRASIL, 2000).

Nos últimos anos, o MS adotou várias medidas com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção à saúde da mulher. Uma delas foi a instituição da Estratégia Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011. O programa possui a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País, qualificando as redes de atenção às mães e filhos, bem como reduzir a taxa de morbimortalidade materno-

infantil. O cumprimento dos princípios da Rede Cegonha encontra-se diretamente ligado ao atendimento na Atenção Primária em Saúde (APS): humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência; organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno; (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

A mortalidade materna é tema de preocupação mundial. A redução desse indicador constou como uma das metas a serem atingidas na “Declaração do Milênio das Nações Unidas”, que aconteceu no ano de 2000 e teve a assinatura de 191 países. O Brasil é signatário dessa declaração, na qual todos os países se comprometeram em reduzir 75% a razão da mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015. Em 2008, o relatório de avaliação dos objetivos da Declaração do Milênio apontou que a melhora da saúde materna foi o objetivo de menor progresso no mundo e a morte materna continuou atingindo milhares de mulheres anualmente. Essas evidências demonstram que a mortalidade materna ainda é um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2009; FERNANDES et al., 2015).

De acordo com estudos realizados pela OMS, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres faleceram em todo o mundo decorrentes de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo apenas 5% de países desenvolvidos. Após 20 anos, no relatório sobre a “Situação Mundial da Infância-Saúde Materna e Neonatal” do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), as estatísticas de mortes em função de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal continuaram sendo devastadoras. O relatório indicou que as mulheres dos países subdesenvolvidos possuem chances 300 vezes maiores de morrer em decorrência de tais complicações do que as mulheres de países desenvolvidos (FERNANDES, et al, 2015).

Mortes maternas por causas obstétricas diretas são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (MEDRONHO, 2009). De 1990 a 2011, a razão de mortalidade materna no Brasil caiu de 143 para 61 casos por 100 mil nascidos vivos, com taxa de decréscimo de 3,7% anual. Apesar da queda, o valor da mortalidade materna ainda é de três a quatro vezes maior do que países desenvolvidos no início da década de 2010 (LEAL; GAMA, 2014).

O conhecimento sobre a ocorrência e as circunstâncias das mortes maternas é de suma importância para o planejamento das ações e estratégias públicas de saúde, visando a redução

de tais ocorrências, para que essa grave violação do direito humano continue ocorrendo, principalmente em países subdesenvolvidos atingindo mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade (FERNANDES et al., 2015).

Outro indicador que está diretamente ligado à assistência que a mulher recebe durante o pré-natal é o de óbito neonatal. Apesar de ter apresentado uma queda nos últimos anos, a redução foi abaixo do desejado. Muitas mortes em quantidades expressivas ainda ocorrem devido a realidade social e sanitária do país, sendo muitas delas por causas evitáveis, e que dizem respeito diretamente às ações dos serviços de saúde em relação à atenção pré-natal (BRASIL, 2013). Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (TOMASI, 2017).

No que diz respeito ao cuidado pré-natal no âmbito do SUS, o acompanhamento da gestação é realizado nas unidades básicas saúde, centro de saúde ou clínicas da família, excetuando-se os pré-natais de alto risco que deverão ser acompanhados conjuntamente em serviços especializados de referência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

É importante que o acompanhamento pré-natal seja iniciado precocemente ainda no primeiro trimestre (até 12ª semana). Após quinze dias da primeira consulta, o ideal é que o retorno da gestante seja agendado para avaliação dos exames complementares solicitados. A partir desse momento as consultas passam a ter periodicidade mensal até 28 semanas, duas a três semanas até 36 semanas e periodicidade semanal de 36 semanas em diante até a ocorrência do parto. Caso o parto não ocorra até 41 semanas, a gestante deve ser encaminhada para a maternidade, onde terá seu bebê para avaliar o bem-estar fetal, líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Gestantes de alto risco, mesmo já em acompanhamento na unidade de referência de alto risco, necessitam de retornos mais frequentes de acordo com a doença de base (BRASIL, 2013).

A consulta pré-natal deve ser composta de anamnese, exame físico, prescrição e avaliação dos exames complementares, monitorização de peso e pressão arterial, bem como orientação e esclarecimento de questões sobre o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. É importante que os registros em relação ao cuidado com as gestantes sejam realizados com a maior riqueza de detalhes possível, ajudando na prática clínica, influenciando no processo do cuidado, uma vez que as consultas não são realizadas por um profissional apenas (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

Segundo um estudo originário de dados coletados no PMAQ-AB do período de 2012 a 2013, com o objetivo de avaliar aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede

básica de saúde em todo o Brasil, nos quais foram considerados os itens número de consultas, situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, apurou-se que menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado, apenas cinquenta por cento teve o serviço de saúde bucal ofertado, e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas. (TOMASI, 2017)

Em 07 de novembro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma série de recomendações para melhorar a qualidade do cuidado pré-natal, no intuito de reduzir as complicações da gravidez e o risco de natimortos. Uma delas é em relação à quantidade de consultas preconizadas, que antes eram seis e passam para oito. Acredita-se que o número maior de consultas facilite a detecção e gestão de potenciais problemas, além de melhorar a comunicação entre o serviço de saúde e as gestantes (WHO, 2016).

No entanto, esse número de forma isolada não é garantia de uma assistência com qualidade. Mesmo com a redução dos números de consultas nos casos de pacientes de baixo risco, pode ser que não ocorra aumento de resultados perinatais adversos. O principal é que as consultas aconteçam de forma organizada, abarquem a maior gama de informações e orientações que a gestante necessite, sejam articuladas por práticas que enfatizem a dimensão subjetiva, social, econômica e cultural das diferentes pessoas envolvidas no processo. A equipe deve ser treinada, e a infraestrutura oferecida pela unidade de saúde onde se realiza o pré-natal adequada. (SANTIAGO; SOUZA; NOBREGA, 2017; BRASIL 2013; ZUGAIB, 2016).

## **1.2 A Estratégia de Saúde da Família e o papel do enfermeiro no cuidado pré-natal**

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como uma proposta ousada para reestruturação do sistema de saúde, tendo como finalidade a reorganização da atenção básica, sendo considerado pelo Ministério da Saúde uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, substituindo os modelos tradicionais existentes (BRASIL 2010; 2012). Em 1994, para sua implantação, existia escassez de recursos financeiros transferidos aos estados e municípios por meio de convênios, não existia nenhuma estratégia para preparação dos profissionais. Além disso, contava-se com a falta de crença de que uma

proposta nascida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, pudesse dar certo (BRASIL, 2010).

Para que ocorresse a mudança efetiva no modelo assistencial até então vigente, era necessária a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial com novos critérios. Mediante essa perspectiva, a família passa a ser o objeto principal de atenção, na qual o ambiente em que vive deve ser considerado para seu entendimento. No espaço família são construídas as relações intra e extrafamiliares, lutas pela melhoria das condições de vida, e é possível ainda uma compreensão do processo saúde/doença e, diagnosticando-se as necessidades de intervenções de maior impacto e significação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A implantação do PSF tem por objetivo melhorar o estado de saúde inicialmente das populações muito pobres (mantendo características de uma APS seletiva), por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce das doenças, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, aproximar os serviços de saúde das pessoas, facilitar o acesso a esses serviços, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, nas quais as realidades regionais, municipais e locais sempre devem ser norteadoras para a operacionalização das ações (MENDES, 2015; SILVA, 2013; ROUQUAYROL, 2013).

A consolidação do programa se deu através de vários esforços, de grupos de pessoas, de origens diversas, secretários municipais de saúde, coordenadores estaduais do PACS, membros de programas de médicos de Família já existentes em alguns município, alguns professores universitários que atuavam com projetos de extensão acadêmica e que, junto ao MS, sentiam a necessidade de se colocar em campo uma proposta objetiva para reorganizar os serviços de saúde, iniciando por reestruturar a forma de funcionamento dos centros, postos ou Unidades Básicas de Saúde, no intuito de descentralizar e municipalizar os serviços de saúde. Deveria ser uma proposta na qual a forma de fazer pudesse ser compreendida por qualquer gestor municipal, em qualquer região do Brasil (BRASIL, 2010)

Atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se tratar apenas de um “programa”, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do SUS, adotando um caráter mais abrangente como modelo de atenção primária. Possui potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, além de ser capaz de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A equipe de Saúde da Família- eSF é a estratégia prioritária de atenção à saúde. Deve ser composta minimamente por um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, um médico preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Em algumas situações, é possível encontrar uma estrutura com caráter mais multiprofissional, uma vez que podem integrar as eSF cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Todos esses profissionais possuem atribuições comuns e específicas dentro da equipe, que devem estar presentes de forma bem clara no dia a dia, fazendo com que a engrenagem da ESF funcione de forma eficaz (BRASIL, 2012).

Os profissionais da APS devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. O esperado dos profissionais que integram as eSF, é uma participação colaborativa, solidária, interacional e complementar, na qual as decisões devem ser tomadas a partir das reflexões, discussões, debates e pactuações. Na dimensão da integralidade, não basta que os profissionais de saúde dominem e apliquem seus conhecimentos de forma isolada; eles devem ser capazes também de formular e implementar ações de saúde baseadas em diagnóstico situacional, promover saúde, prevenir agravos, proporcionar uma escuta qualificada se atentando para as necessidades dos usuários, viabilizando o estabelecimento do vínculo (SANTIAGO; SOUSA; NÓBREGA, 2017; BRASIL, 2012).

A composição das Equipes de Saúde da Família e a conformação dos perfis, competências e habilidades dos seus integrantes, são elementos essenciais para desenvolver um serviço resolutivo e de qualidade. Em relação ao pré-natal, algumas ações são de responsabilidade exclusiva da ESF, como captar gestantes precocemente para que iniciem o pré-natal ainda no 1º trimestre, buscar as pacientes faltosas às consultas, realizar visitas domiciliares, desenvolver ações educativas com as gestantes, bem como assegurar que sejam realizadas as consultas de puerpério. Essas, dentre outras ações, influenciam diretamente para melhorar a qualidade da assistência pré-natal (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

A equipe multiprofissional da ESF deve ser atuante durante o período gestacional e estar preparada para acolher essa mulher, prestando a melhor assistência pré-natal possível, de acordo com os princípios do SUS. É papel da equipe da ESF entrar em contato com a gestante na unidade ou na comunidade, compreender o significado da gestação para cada mulher e sua

família em particular, conhecer a história de vida e o contexto familiar em que aquela mulher se encontra inserida, oferecer uma escuta aberta sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança (BRASIL, 2013)

O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado a partir do ano de 2002, confirmou o enfermeiro como profissional da equipe de saúde habilitado para o atendimento direto às gestantes em pré-natal de risco habitual (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013), corroborando assim, com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem Decreto nº 94.406/87, a qual expressa que o enfermeiro é considerado apto a realizar o acompanhamento de gestantes de baixo risco obstétrico. Dentro das consultas realizadas, é responsável por algumas ações como: solicitações de exames; cadastro no SIS Pré-natal; realização de exame obstétrico; encaminhamentos necessários; preparo para o parto; orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a amamentação; vacinação; e também a promoção de vínculo entre mãe e bebê (DUARTE; ALMEIDA, 2014)

O modelo de formação do profissional que realiza o pré-natal influencia diretamente no modo como são realizadas as consultas, e nesse contexto ainda se encontra o modelo biomédico, presente em diversos cursos da área da saúde no Brasil. O modelo, que tem como foco a doença e a assistência curativa e tecnicista, se utiliza da fragmentação corporal, e que no caso do pré-natal, pode fazer a mulher ser vista como uma máquina que precisa ser analisada em partes, deixando de lado o caráter biopsicossocial (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

A formulação do modelo biopsicossocial, que busca as relações biológicas, sociais, psicológicas e culturais em nível preventivo, proporciona uma compreensão melhor da qualidade de vida do indivíduo e coletividade, viabilizando um entendimento mais integral, sendo o modelo mais incentivado nas reformas curriculares dos cursos da área da saúde no Brasil. Mesmo mediante a reformulação curricular, estudos brasileiros mostram que as gestantes percebem diferença na consulta realizada pelo médico, em relação à do enfermeiro, percebendo diferenças discretas entre a consulta médica e a de enfermagem (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Nas eSF ou nas equipes de Atenção Básica (eAB), a primeira consulta pode ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro. Em geral é feita pelo enfermeiro, que fica responsável pela realização dos testes rápidos, realização do exame físico geral e obstétrico, preenchimento do cartão de gestante, iniciação da suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso (de acordo com a idade gestacional), aconselhamento sobre estilo de vida, orientações

sobre hábitos e higiene, avaliação da cavidade oral e encaminhamento ao serviço de odontologia, solicitação de exames laboratoriais, informações sobre desenvolvimento da gestação e do bebê, classificação de risco da gestante e avaliação do esquema vacinal da gestante, etc. (SMS/RJ, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Um estudo realizado no ano de 2009 na cidade de Cuiabá, com enfermeiros de uma ESF e de um Centro de Saúde (CS), apontou que a prescrição de medicações pelos enfermeiros não era bem definida, sendo as queixas clínicas dos pacientes encaminhadas para atendimento médico. Em relação a ESF, foram observadas prescrições de ácido fólico, sulfato ferroso, além de medicações para enjoo e dor de cabeça, seguida das devidas orientações. Já ações relacionadas à orientação quanto à alimentação, atividade física na gestação, cuidado com as mamas, cuidado com recém-nascido, entre outras ações recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS), apresentaram baixa frequência. Não foi observada padronização no atendimento dos enfermeiros às gestantes. Além disso, alguns problemas, como estrutura física deficiente, processo de trabalho desalinhado e falta de autonomia também são apontadas pelo profissional enfermeiro como fatores que podem dificultar o trabalho da ESF (DUARTE; ALMEIDA, 2014). Atividades em grupo são um dos métodos utilizados pelos enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família, com o intuito de estimular a inserção das gestantes no pré-natal. Esse espaço de discussão permite a captação de informações, troca de opiniões, e questionamentos que, por diversas vezes, não feitas no momento da consulta de enfermagem do pré-natal (SANTIAGO; SOUSA; NÓBREGA, 2017).

Estudos apontam que o papel do enfermeiro é de fundamental importância para uma melhor qualidade durante o cuidado pré-natal, pois mostram a figura do profissional como o vínculo existente entre a gestante e o seu acompanhamento pré-natal, mediante uma escuta qualificada e criação de vínculo profissional-paciente (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

Dentro da ESF, existe um campo de atuação plural e importante para o enfermeiro, indo desde as competências gerenciais até as assistenciais e educativas assumidas. Porém, é necessário ressaltar que para a conquista da autonomia política e fortalecimento da atuação, é necessário que os profissionais se aprofundem no entendimento de que não basta avançar na dimensão técnica do conhecimento científico, desarticulada da capacidade de refletir e modificar realidades criticamente. Faz-se necessário ainda a compreensão do contexto sócio-histórico e a ambiguidade das relações de poder na prática social da profissão, aperfeiçoando-a crítica, coletiva e criativamente (PIRES, 2011).

Alguns estudos observaram diferenças entre o pré-natal realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), atribuindo maior qualidade ao

pré-natal acompanhado na ESF do que o realizado nas Unidades tradicionais, isso conta com a formação do vínculo, e o envolvimento de outros profissionais, entre eles está a participação efetiva do enfermeiro (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

### **1.3 A Atenção Primária à Saúde e o acesso aos serviços**

A concepção de APS surgiu em 1920, no Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. A maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida pelos centros de saúde primária, funcionando como porta de entrada no sistema e núcleo principal, estando vinculados e assistidos pelos centros de saúde secundários e hospitais (ROLIM, 2016).

No Brasil, a história da APS pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento. O primeiro teve início em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP, com uma provável influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido; o segundo ocorreu no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro, instituído a partir da metade dos anos 60, se desenvolveu nas Secretarias Estaduais de Saúde, focalizando suas ações na prevenção das doenças, porém inserindo a atenção médica em um modelo voltado para grupos materno-infantil e de doenças infecciosas; o quarto ciclo, nos anos 70, com a proposta de APS referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978; o quinto ciclo se deu no início dos anos 80, simultaneamente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS; o sexto ocorreu com a instituição do SUS, que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários; a implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde vigente atualmente (MENDES, 2015).

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o acesso à saúde passou a ser um direito social. Com a Lei 8.080/1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde, que possui como principais princípios e diretrizes a: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-

administrativa. Ainda em 1990, a Lei 8.142, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (VIACAVA et al., 2017).

A Atenção Primária em Saúde no Brasil, orientada pelos princípios do SUS, tem o papel de garantir a acessibilidade, coordenação, responsabilização e continuidade do cuidado. Deve ser forte e resolutiva, para que o usuário busque o atendimento e acesso aos serviços, e consiga de forma fácil e rápida quando precisar (CASTRO; ORNELAS; GERALDO, 2017). A ideia de acesso é que exista um ponto de entrada para cada novo atendimento para um problema de saúde, e que este ponto seja de fácil acesso, sendo a APS considerada a principal porta de entrada para o usuário (STARFIELD, 2002).

Giovanella (2012), que discutiu a trajetória da atenção primária enquanto política de reforma setorial apresenta duas concepções para o conceito de APS: seletiva e ampliada. Seletiva é aquela com oferta restrita de serviços, baseada em programas para suprir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza e sem acesso aos níveis secundário e terciário; e a de cuidados ambulatoriais não especializados, como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, com amplo espectro de serviços clínicos voltados para solucionar a maioria dos problemas de saúde de uma população. Já a ampliada corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral.

Nos anos 80, década em que foi implementado o SUS no Brasil, a APS seletiva se fez hegemônica. Na América Latina, reformas macroeconômicas estruturais neoliberais, abertura comercial e financeira e o objetivo de Estado mínimo, com importantes privatizações de serviços sociais, focaram na proteção social assistencial de grupos populacionais em extrema pobreza e na saúde com cesta restrita de serviços. Dentro desse contexto, observa-se uma tensão permanente no Brasil, entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos (GIOVANELLA, 2008).

Em um estudo recente que apresentou dados referentes às mudanças sofridas no SUS nas últimas três décadas, no que diz respeito à evolução das estruturas ambulatorial e hospitalar, recursos humanos e utilização dos serviços de saúde, verificou-se que a expansão da rede pública se deu principalmente entre as unidades que dão suporte aos programas de atenção básica, ampliando o acesso às consultas, levando a redução das internações para um

conjunto de condições sensíveis à atenção primária. Este é um ponto que pode ser creditado aos efeitos da ampliação da ESF devido à efetividade do atendimento, além da redução dos riscos de exposição dos pacientes. Verificou-se ainda que, a partir de 2000, a ESF e as equipes de AB aumentaram sua cobertura populacional, chegando em 2015 com 59,9% e 63%, respectivamente. Essa expansão ampliou o acesso da população (VIACAVA et al., 2017).

Tema complexo e plural, o acesso aos serviços de saúde envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, sendo abordado de várias formas. Apesar de a Constituição de 1988 garantir a saúde como dever do Estado, o cenário real brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais, nas quais a atenção à saúde expressam estas diferenças, promovendo contextos excludentes. Ao se falar em acesso, devem ser levados em consideração diversos fatores como a disponibilidade dos serviços, ou seja, a relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos; organização da oferta para o recebimento de usuários; relação entre trabalhadores de saúde, usuários e as práticas dos serviços (ASSIS; JESUS, 2012).

De acordo com um estudo publicado (2011) acerca das reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto, observou-se que o acesso das gestantes à assistência não é fácil, devido ao fato de as unidades de saúde ou serem muito distantes da residência dessas gestantes ou não possuírem vagas para que elas possam realizar o seu acompanhamento. Por este motivo, a peregrinação em busca de atendimento ocorre já no início da gravidez, que pode promover um enorme desconforto para a parturiente até consequências mais trágicas como o óbito fetal ou materno-fetal. O óbito materno ou fetal, além das questões de saúde abordadas durante a gestação no cuidado pré-natal, pode ser relacionado também às condições socioeconômicas da população, guardando uma relação de más condições de acesso aos serviços de saúde e com o não desenvolvimento das ações de pré-natal (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA; RAFAEL, 2011).

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, que teve como objetivo conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, realizada com 23.894 mulheres entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 em todas as regiões do Brasil, constatou que quase um quinto das entrevistadas procurou mais de um serviço no momento do trabalho de parto, quando os motivos apontados para a peregrinação foi a falta de condições de atendimento por falta de insumos, equipamentos, profissionais médicos, inexistência de vaga para a gestante e/ou bebê e situação de risco clínico e/ou obstétrico (VIELLAS et al, 2014).

É de responsabilidade dos gestores de saúde avaliar a resolutividade e qualidade do serviço ofertado, e, mediante isto, formular políticas de saúde que favoreçam a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população. As demandas do paciente devem ser atendidas sempre respeitando o contexto em que se encontram inseridas, impedindo assim que barreiras dificultem o acesso e a adesão ao tratamento necessário (AZEVEDO, 2017).

Segundo MS, estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, possuindo mecanismos instituídos de referência e contra referência, respeitando critérios como a vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local, evitando a peregrinação de gestantes no momento do parto; a garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde; a garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde, entre outras medidas (BRASIL, 2013).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Aproximações ao conceito de Redes Sociais

O conceito de Redes traz consigo uma polissemia, abarcando um conjunto de correntes provenientes de várias disciplinas como a antropologia, a sociologia, a psicologia e a matemática dos grafos (FIALHO, 2015), sendo empregado nos mais variados campos científicos, com diferentes formas de abordagem. Ao buscar-se no dicionário a palavra rede, encontra-se a mesma associada à palavra social, formando assim o termo rede social, com o significado de: conjunto de relações e intercâmbios entre indivíduos, grupos ou organizações que partilham interesses, que funcionam em sua maioria através de plataformas da Internet (DA, 2017).

Existe um conflito em relação à definição do conceito de redes para as diversas correntes das ciências sociais. A tendência destas é formar pares opostos como indivíduo/sociedade, ator/estrutura, subjetivo/objetivo, enfoques micro ou macro da realidade social, porém colocando ênfase apenas em uma das partes (MARTELETO, 2001).

Devido ao uso do conceito de redes ser utilizado nos mais variados campos das disciplinas científicas ao mesmo tempo, no lugar de ser colocado em dúvida sendo questionados sua coerência e consistência, Barel e Cauquelin (1993) concluíram que o uso constante de uma noção é a prova de sua eficácia (MARTELETO, 2007).

a rede seria ao mesmo tempo uma técnica do espírito e de arranjo do território: modo de pensamento e de esquadrejamento, estabelece elo entre dois lugares, sejam eles inscritos em processos conceituais ou em espaço material. Nessas duas vertentes, a rede mobiliza uma simbologia comum da circulação e da ligação”, ou, para propor uma definição geral: “A rede é uma estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação, cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento (BAREL; CAUQUELIN, 1993, p. 274).

Segundo Marteleto (2001), a rede social deriva de um dos diversos conceitos de “rede” (network), que significa sistema de nodos e elos, estruturas sem fronteiras, comunidade não geográfica, sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou rede, representa um conjunto de participantes autônomos, que unem ideias e recursos em função de interesses e objetivos em comum (MARTELETO, 2001).

As redes sociais são redes de comunicação e interação que envolvem uma linguagem simbólica, limites culturais e relações de poder (FIALHO, 2015), sendo construídas por

pessoas, organizações ou outras entidades, ligadas por relacionamentos sociais surgidos no trabalho, das relações de amizade ou compartilhamento de informações. Constituem um mundo em movimento, que, segundo Molina e Aguilar (2005), é um mundo que não se compreende. No ambiente das redes, o conhecimento e informação são compartilhados constantemente. Esse compartilhamento entre atores de uma rede proporciona ganhos aos mesmos, uma vez que possibilita a redução de incertezas, e consolidação de parcerias através do conhecimento mútuo dos participantes (TOMAEL; MARTELETO, 2006)

Costa e Mendes (2014) citam Stotz, que apoiado na antropologia, apresenta os conceitos de redes primárias e redes secundárias quando classifica as relações sociais entre os indivíduos. Para ele, as redes sociais primárias são aquelas referentes “às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem cotidianamente ao longo de suas vidas (relações de familiaridade, parentesco, vizinhança), sendo um processo autônomo, espontâneo e informal.” Já as redes secundárias são aquelas que se formam “pela atuação coletiva de grupos, instituições e movimentos que defendem interesses comuns”. Entretanto, é necessário ressaltar que apesar dos conceitos de diferenciação estabelecidos, tais redes devem ser entendidas de forma articulada, englobando suas singularidades e especificidades (COSTA; MENDES, p.21, 2014).

Nas redes sociais, o que é valorizado não é a posição hierárquica individual de cada componente do grupo, mas, sim, os elos informais das relações entre eles e as regularidades que apresentam a fim de descrevê-las, dar conta da sua formação e de suas transformações, analisar os seus efeitos sobre os comportamentos individuais (MARTELETO, 2007). Segundo Fialho (2015), são os atores, os nós e as ligações que nos permitem através de uma visualização gráfica, uma radiografia da estrutura social.

Neste contexto, pode-se definir uma rede social como “conjunto de unidades sociais e das relações que essas unidades sociais mantêm umas com as outras, direta ou indiretamente, por meio de encadeamentos de extensões variáveis.” (MERCKLÉ, 2004, p. 4). Essas unidades podem ser indivíduos, grupos informais ou estruturas mais formais como organizações, associações ou empresas, podendo ser as unidades de análise estudadas variáveis. (MARTELETO, 2007, p. 13).

Os relacionamentos sociais e a participação do indivíduo em uma rede social são reconhecidos como fatores importantes de influência nas condições físicas e mentais das pessoas, sendo entendidos como relações de solidariedade e confiança entre grupos e indivíduos. As redes também influenciam no acesso e utilização dos serviços de saúde devido a intervirem diretamente na tomada de decisão pela procura ou não de atendimento em

serviços de rede (GERHARDT; LABERNARDE, 2012). Quem nunca ouviu de um parente ou amigo: “acho que você deve procurar um tratamento para esse seu problema”?

É fácil pensar no termo rede social quando se fala em Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a assistência oferecida caracterizada pela multi e interdisciplinaridade, na qual o atendimento dos pacientes deve ser realizado por meio da interação entre os profissionais e usuários envolvidos no processo, demonstrando a necessidade de compreensão dessas relações das diversas maneiras por qual existem (COSTA, 2016)

A utilização de um serviço de saúde pode ser mais complexa do que parece, uma vez que envolve fatores de organização relacionados às características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários. O acesso é uma das características da utilização do serviço, porém apenas sua ampliação de forma isolada não deve ser considerada suficiente para o uso dos serviços, uma vez que fatores como barreiras sociais, conhecimento da oferta, compreensão das necessidades em saúde, satisfação em relação aos serviços oferecidos, condições de acesso, também devem ser considerados (GERHARDT; LABERNARDE, 2012).

A gestação pode ser considerada como uma situação de transição existencial e necessita do estabelecimento de relações de vínculo de suporte e confiança. Essas relações podem ser provenientes de pessoas significativas para a mulher e que estejam disponíveis para lhes oferecer suporte, lhe proporcionando maior segurança no enfrentamento de dificuldades durante o processo gravídico puerperal (DEMARCHI; NASCIMENTO; BORGES et al., 2017). Período de grandes transformações físicas, psicológicas, familiares e sociais, todos esses fatores contribuem para a formação de inúmeros sentimentos que passam a povoar o mundo psíquico das gestantes (PICCININI, 2012).

O atendimento de mulheres em acompanhamento pré-natal envolve diferentes serviços (laboratório de análises clínicas e patologia, ultrassonografia, emergência, entre outros) e profissionais (enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde), podendo envolver também diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) nos casos das gestações de alto risco. Desta forma, é necessário que os profissionais da área de saúde se relacionem no intuito de garantir a eficácia e integralidade do atendimento (BRASIL, 2013).

Além do atendimento institucional, os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes como, por exemplo, a de se tornar mãe. A partir do momento em que é confirmada a gravidez, é exigido da mulher uma reestruturação e reajustamento da sua vida, quando ela adquire a responsabilidade de gerar um ser, alimentá-lo e cuidar de forma em que

nada de mal lhe aconteça. Esses suportes podem influenciar na redução de complicações durante a gravidez, favorecendo o bom desenvolvimento da gestação, na socialização da gestante e enfrentamento de possíveis dificuldades que possam surgir, uma vez que uma rede social estável, sensível, ativa e confiável oferece proteção à pessoa no seu cotidiano (JUSSANI et al, 2007; DEMARCHI; NASCIMENTO; BORGES et al., 2017).

Um estudo realizado em 2007 com 16 mulheres revelou que, durante o período da gravidez, atores da rede primária (marido, mãe, amigas e etc.) foram os mais acionados, sendo as ações de natureza psicológica as mais requeridas (JUSSANI et al., 2007). Quando se fala em gravidez na adolescência, os estudos demonstram maior dificuldade de relacionamento com a figura paterna, enquanto a mãe é sempre o referencial de conforto e segurança (PATIAS et al., 2013).

A metodologia de análise de redes sociais é uma proposta de estudo que analisa as estruturas sociais, suas interações e redes sociais. A partir de sociogramas e indicadores, é possível fazer uma análise quantitativa e qualitativa do modo como ocorrem as interações, a mediação do conhecimento e o fluxo da informação (ANDRADE; DAVID, 2015).

É necessária a compreensão das relações formadas durante o acompanhamento pré-natal, possibilitando assim a identificação de fragilidades e qualidades presentes no atendimento oferecido aos pacientes. A análise das redes sociais formadas entre profissionais e usuários do sistema de saúde podem proporcionar um avanço para as gestões de saúde, trazendo novas ações para o planejamento em saúde que não estão contidas em políticas públicas, alcançando assim a realidade vivenciada pelos usuários. (ANDRADE; DAVID, 2015).

## **2.2 Pierre Bourdieu e as Redes Sociais**

A seguir, será feita uma sucinta explanação a respeito da literatura de Pierre Bourdieu, que introduziu algumas noções que se mostram centrais não somente para a compreensão da estrutura social e complexidade de suas relações, mas também para o entendimento da produção/reprodução do conhecimento. A finalidade é auxiliar o leitor na compreensão acerca do pensamento do autor, abordando aqui os conceitos de capital social e capital cultural, que serão utilizados parcialmente neste estudo como marco teórico e servirão de embasamento na discussão dos resultados encontrados.

Sociólogo consagrado, Bourdieu sempre teve o cuidado de ouvir e conversar com as pessoas, buscando o que as identificava, desvendando pontos e pontes relacionando com a compreensão da realidade, colocou seu foco reflexivo nas seguintes indagações: (1) como os indivíduos incorporam a estrutura social, legitimando-a, reproduzindo-a ou a transformando; e (2) como ocorre a dinâmica de poder na sociedade, em especial, por que caminhos o poder é transferido e a ordem social é mantida através das gerações. Mediante isto, Bourdieu desenvolveu os conceitos de *habitus*, campo, capital, posição social e classe, partindo da premissa que a realidade não é fundada em fatos, mas sim em relações (MARTELETO; PIMENTA, 2017).

O conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu é entendido como um sistema de disposições para prática e se refere a algo concreto e dinâmico sobre os agentes sociais, representando o esquema de percepção e de ação de cada indivíduo. O *habitus* primário é estruturado por meio das instituições de socialização, família e escola principalmente, se tornando o *habitus* mais duradouro, porém não estático no tempo. Já o *habitus* secundário é aquele adquirido a partir do relacionamento do indivíduo com outros universos de vida, que não se dissocia do *habitus* primário, formando então assim cada pessoa seu *habitus* individual, conforme agrega experiências durante a vida (BOURDIEU, 2007).

O *habitus* é adquirido e formado pela história social de cada um e resultante de um longo processo de aprendizagem formal e informal, que se manifestam diretamente através dos gostos e distinções do indivíduo determinando seu comportamento em determinada circunstância (BOURDIEU, 2007). De acordo com Bourdieu, as pessoas dotadas de *habitus* conhecem as regras do jogo, devido a fato de se apropriarem dos lucros e gratificações simbólicas do campo (WACQUANT; BOURDIEU, 1992)

Segundo Bourdieu, entende-se campo como um conjunto de relações objetivas que se estabelecem entre os agentes em um espaço de disputa por posições no qual se desenvolve a relação entre dominante e dominado. O campo consiste em um espaço dinâmico em que ocorrem as relações entre os indivíduos, grupos com distintos posicionamentos sociais e estruturas sociais que obedecem a leis próprias, constituindo um espaço de disputa e jogo de poder (BOURDIEU, 2009). Os campos são terrenos de lutas simbólicas onde se manifestam relações de poder, sendo sua estrutura formada por: dominantes (mais dotados de capital) e dominados (BOURDIEU, 2004).

A noção de espaço social, considerado como espaço de diferenças, está associada com a percepção das diversas dimensões que conformam a vida social. Não por acaso, Bourdieu exemplifica essa figuração dinâmica do espaço social com os

móviles do escultor Alexander Calder: unidades distintas, com pesos, volumes e estruturas diversas que se equilibram em movimento, com trocas possíveis de posições e reguladas pela própria estrutura que configura o sistema (MOREIRA, 2017, p. 181).

A ideia de capital como a energia “da física social” foi construída por Bourdieu se apresentando sob quatro facetas: a econômica, a cultural, a social e a simbólica. Integram todas elas: a acumulação de disposições, habilidades e conhecimento que dão possibilidade aos atores ocuparem determinada posição, num campo específico (MINAYO, 2017).

O conceito de capital cultural segundo Bourdieu representa:

[...] a soma dos recursos reais ou virtuais que indivíduos ou grupos de indivíduos adquirem devido ao fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento e conhecimento mútuos (BOURDIEU, 1998, p.67).

Pode se apresentar de três formas: no estado incorporado, sob a forma de disposições duráveis do organismo, ou seja, aquele que é interiorizado pelo indivíduo, não pode ser transferido a outro morrendo com ele; no estado objetivado, sob a forma de bens culturais (quadros, livros, maquinários, etc.), sendo passíveis de ter sua materialidade transferida a outrem; e no estado institucionalizado, que é o capital cultural reconhecido por meio de certificação, bem materializado sob a forma de diploma (BOURDIEU, 1998).

Capital social é descrito como o conjunto de recursos que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento. As trocas existentes são materiais e simbólicas, nas quais a extensão da rede de relações que cada indivíduo mobiliza define o volume do capital social. Nos agrupamentos nos quais os níveis de interação são baixos, a tendência é que o capital social continue fraco, estando sua eficiência relacionada basicamente com as características ligadas à existência de laços sociais (BOURDIEU, 1998).

Nas redes, uma das formas de analisar as relações é considerando os capitais em jogo. Diferentemente das instituições, as redes não são organizadas verticalmente ou possuem um centro hierárquico, e, sim, se configuram pela multiplicidade de elos entre seus membros. Neste modelo horizontalizado, não se excluem as relações de poder e influência, que advêm de uma organização não hierárquica e espontânea, na qual a dinâmica do conhecimento e informação que cada ator dispõe interfere no processo (MARTELETO; TOMAEL, 2005).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de redes que buscou apreender as relações sociais das gestantes por meio de uma abordagem qualitativa, com base na análise de conteúdo temático categorial, e também usando recursos do método de Análise de Redes Sociais (ARS) para evidenciar a constituição das redes.

O caráter humanístico, inter-relacional e empático dá sentido às pesquisas qualitativas. No campo da saúde, elas subsidiam o pesquisador para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores no que tange aos mais diversos temas, como a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, etc (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

As experiências de vida de uma pessoa em relação ao processo de saúde-doença qualificam individualmente a maneira pela qual elas pensam, sentem ou agem em relação a algo, sendo imprescindível compreender os determinantes sociais que conduzem a vida desses atores (TAQUETTE, 2016).

As pesquisas qualitativas se ocupam de uma realidade tratada por meio da história, da biografia, das relações, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, valores e atitudes manejando as diversas técnicas para o trabalho empírico (MINAYO, 2012).

A ARS é uma metodologia oriunda da Antropologia Cultural e da Sociologia, aplicada em diversas disciplinas cujos focos analíticos são as relações e interações entre os indivíduos, como forma de entender a estrutura relacional da sociedade. Mais tradicionalmente empregada em métodos quantitativos, pela necessidade de medir padrões de relacionamentos e as inter-relações dos atores em uma configuração de rede, a abordagem qualitativa leva considera o universo de significado dos atores que não deve ser reduzido à simples operacionalização de variáveis, sendo necessário o aprofundamento no universo de significado das ações e relações humanas (MARTELETO; TOMAEL, 2005).

A metodologia de ARS não é a parte central deste estudo, porém auxiliou a mostrar como as relações das gestantes se encontram posicionadas dentro de suas redes, sendo analisadas posteriormente em diálogo com os dados qualitativos.

### **3.2 Caracterização do município de estudo**

O município de estudo é localizado na Baixada Fluminense na Região Metropolitana I no Estado do Rio de Janeiro, distante cerca de 50 km da área central da capital. Encontra-se às margens da via Dutra, importante rodovia que liga os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, estando integrado ao sistema viário e ferroviário da capital do estado. Possui uma área de 75,6 km<sup>2</sup> com uma população, segundo o último censo (2010), de 137.962 habitantes, estando atualmente estimada em 145.386 habitantes. Isso coloca o município na 21<sup>a</sup> posição dentre 92 municípios do mesmo estado. Possui uma densidade demográfica 1822.60 habitantes por quilometro quadrado, colocando-o na 9<sup>a</sup> posição de 92 do mesmo estado. Quando comparado com outros municípios no Brasil, fica na posição 64 de 5570 (IBGE, 2014; DATASUS, 2017; PMS 2017).

No século XVIII, se tratava apenas um povoado que fazia parte das terras da freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Marapicu. Foi emancipado apenas em vinte e um de dezembro de mil novecentos e noventa, sendo considerado então um município jovem (IBGE, 2014).

Atualmente, as principais atividades do município são a indústria e o comércio. Muito se vem investindo no crescimento industrial, fato que gera oportunidades de emprego no próprio município e possibilidade de que as pessoas não precisem mais buscar trabalho em municípios vizinhos, e a economia do município seja incrementada. No entanto, a região apresenta uma proliferação de loteamentos de baixo custo e carência de infraestrutura, sendo o município ainda caracterizado como cidade-dormitório, onde os habitantes utilizam o transporte ferroviário e a rodovia Presidente Dutra como principais vias de acesso ao Município do Rio de Janeiro, seu local de trabalho. (PMS, 2017)

Segundo IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,680 (faixa de desenvolvimento médio), encontrando-se em 73º lugar no estado do Rio de Janeiro, e 11º da Região Metropolitana e 10º da Baixada Fluminense. De 2000 para 2010,

observou-se uma melhoria no IDH do município, que anteriormente era de 0,550 (IBGE, 2010).

Em 2015, segundo o Plano Municipal Gestor do município, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 2,4 salários mínimos, com uma população formalmente ocupada de 18.496 (12,9%) (PMS, 2018). Considerando que entre a faixa etária de 20 e 59 anos se encontra uma população de 81.552 habitantes, que representam 56,77% da população municipal, o número de trabalhadores ocupados formalmente chama a atenção.

### **3.3 Perfil da saúde do município**

Em 2015, o município teve 2.406 nascidos vivos, onde as idades maternas se concentraram nas seguintes faixas etárias: 10-14 anos (0,66%); 15 – 19 anos (21,4%); 20-24 anos (27,8%); 25-29 anos (23,8%); 30-34 anos (14,7%); 35-39 anos (9,2%); 40-44 anos (1,7%); 45- 49 anos (0,29%). O percentual de parto cesáreo foi de 50,4% e o de parto vaginal, 49,8%.

Em relação à mortalidade infantil, dos 33 óbitos registrados no ano de 2015, 36,3% foram por afecções no período perinatal o que pode ser correlacionado com a baixa qualidade dos partos ou até mesmo do cuidado pré-natal. Sobre a mortalidade materna, o município nos últimos 5 anos registrou 14 óbitos. Sendo 42,8% foram registrados no ano de 2015.

Atualmente, a rede municipal possui 40 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob a gestão do município. No que diz respeito à Atenção Primária, o município está representado da seguinte forma: 3 Unidades Básicas de Saúde; 5 Equipes de Saúde da Família; 8 clínicas da família sendo que 2 não possuem Estratégia de Saúde da Família, mas desenvolvem serviços assistenciais de atenção primária a saúde. Essas unidades representam 40% dos serviços de atenção primária à saúde municipal.

A ESF possui 13 equipes com aproximadamente 45.500 pessoas cadastradas, totalizando uma cobertura populacional equivalente a 31,60%, sem contabilizar os dados das unidades de saúde que atendem a população mediante demanda espontânea. Segundo dados preliminares disponibilizados pela Secretaria Estadual no ano de 2016, a cobertura de Atenção Básica no município está estimada em 35,25%.

A rede secundária possui quatro unidades cadastradas com especialidades sendo 01 unidade de caráter especializado e regional. Ainda no que compete a rede secundária, o município dispõe de quatro unidades contratadas de forma complementar ao SUS, totalizando 20% dos serviços disponíveis. A rede terciária é composta por 01 UPA (administração Estadual) e uma unidade de assistência hospitalar infantil (privado conveniado) totalizando 5% dos serviços disponíveis. A rede de Vigilância em Saúde compreende os serviços de Vigilância Epidemiológica, Programa Municipal de Imunização, Programa de Controle de DST-AIDs - Hepatites Virais, Programa de Controle de Tuberculose, Programa de Controle de Hanseníase, Programa de Controle de Tabagismo, Programa Municipal de Educação em Saúde, Área técnica do Enfrentamento das Violências, Vigilância Sanitária e Zoonoses, Controle de Vetores, Roedores e Pragas, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Na Atenção Especializada, o município dispõe de (01) um Centro Médico, (01) um Ambulatório do Idoso, 01 (um) Centro de Especialidades de Odontologia, Assistência à Saúde Bucal em algumas unidades de APS, 01(um) Centro de Tratamento de Hipertensão e Diabetes Regional, Assistência à Saúde Mental (que possui os seguintes dispositivos um Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II com Ambulatório Adulto e um Núcleo Álcool e Drogas, um CAPSi e quatro (04) Residências Terapêuticas), Programa Melhor em Casa, Central de Regulação e os serviços complementares ao SUS.

A Prefeitura Municipal, por meio da secretaria municipal de saúde, mantém contrato/convênio com: um Hospital Infantil, que oferece os serviços de Pronto Atendimento, Emergência e internações; uma clínica com as especialidades de Ortopedia, Fisioterapia, Reumatologia e Raio X; um centro Nefrológico para realização de hemodiálise; um centro de imagens, para realização de exames de imagem em geral; um laboratório de análises patológicas que é o responsável pela coleta de material nas unidades no município, quinzenalmente ou mensalmente.

Diversos serviços disponíveis dentro do município se encontram de forma centralizada, como, por exemplo, os serviços de tratamento de tuberculose, hanseníase e HIV, nos quais os testes e medicações necessários se encontram disponíveis apenas nos programas e não nas Clínicas da Família ou UBS, onde o usuário busca o primeiro atendimento. Dessa forma, o usuário deve se deslocar de sua residência até um desses serviços, envolvendo questões de acessibilidade.

A única unidade hospitalar que atendia procedimentos de obstetrícia de risco habitual e também cirurgias eletivas e cirurgias de cataratas, bem como exames de imagem e análises

clínicas, fechou em 2014, e atualmente a gestão está se organizando para iniciar as etapas de obras e adequação do espaço físico, aquisição de mobiliários, equipamentos e insumos e contratação de recursos humanos para abrir a unidade como Hospital e Maternidade Municipal.

Mediante o exposto, observa-se que a maioria dos serviços disponíveis são de baixa complexidade, sinalizando que existe uma baixa oferta de serviços especializados no município, havendo a necessidade de investimentos e ampliação dos serviços de atenção primária, atenção especializada e buscar alternativas dos complementos de serviços de saúde não disponíveis no território na região metropolitana 1 ou nas regiões mais próximas do município.

### **3.4 Perfil das unidades participantes da pesquisa**

O estudo foi realizado em duas unidades distintas. No intuito de preservar a privacidade, a primeira clínica foi intitulada de Unidade T e a outra de Unidade B.

A Unidade T possui duas eSF, cada uma com 1 enfermeiro, 5 ACS, 1 pediatra e 1 médico clínico geral. Atua na unidade uma médica da especialidade de ginecologia e obstetrícia, que atende a ambas as equipes. Disponibiliza serviços de odontologia para a população adscrita e ginecologia. Seu território abrange uma população de 6.500 habitantes, com 11 microáreas sob a responsabilidade das eSF. Faz limite com outro município da Baixada Fluminense, recebendo, dessa forma, diversas demandas fora de sua área de cobertura. A unidade fica localizada a aproximadamente 10 km da região central do município.

A Unidade B conta atualmente com 07 micro áreas, sendo composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 6 ACS. Está localizada a uma distância de aproximadamente 2 km do centro do município. A equipe é responsável por uma população de 4.500 habitantes, aproximadamente, e recebe diversos pacientes fora da área adscrita da unidade por se localizar próxima a uma área populosa descoberta pela ESF.

Ambas as unidades não dispõem de farmácia local. Hoje o município possui um polo de farmácia no centro e outro polo localizado em outra unidade de saúde inaugurada recentemente. Existe uma proposta de uma futura inauguração de um terceiro polo farmacêutico, onde os usuários possam retirar suas medicações também.

O laboratório de análises clínicas realiza a coleta de material de 15 em 15 dias nas unidades, e os testes rápidos (HIV, Hepatite B, Hepatite C), que devem ser realizados durante o pré-natal, encontram-se disponíveis apenas na primeira unidade citada.

### 3.5 Participantes da pesquisa

Os sujeitos participantes desse estudo foram 11 gestantes em acompanhamento pré-natal, dentre elas cinco atendidas na Unidade T e seis na Unidade B. As entrevistas foram realizadas em dias de consulta de pré-natal nas unidades, quando todas as gestantes que aguardavam atendimento foram abordadas na sala de espera de uma só vez, momento em que foi esclarecido de forma geral do que se tratava a pesquisa. Após essa etapa, as gestantes que se voluntariaram a participar da entrevista foram conduzidas até o local disponível dentro da unidade e foram entrevistadas individualmente.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ter no mínimo 18 anos, estar em acompanhamento pré-natal na unidade em qualquer idade gestacional e ter passado por pelo menos uma consulta. E como critério de exclusão ser gestante de alto risco.

### 3.6 Técnica e instrumento de coleta de dados

A produção dos dados foi realizada a partir da apresentação do projeto de pesquisa às gestantes atendidas nas unidades de saúde, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A técnica empregada para coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada, com utilização de um roteiro com perguntas para nortear os relatos das gestantes sobre o cuidado pré-natal, dificuldades enfrentadas em relação aos serviços de assistência do município e pessoas ou recursos que elas mais recorrem durante o acompanhamento. As falas das participantes foram registradas em um gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas e armazenadas em um *pen drive*.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e permite ao pesquisador discorrer sobre a temática sem se limitar ao roteiro (MINAYO, 2012). Funciona como uma forma de coleta de dados diagnósticos e orientação, possuindo a vantagem de

obtenção de dados referentes a uma diversidade de aspectos da vida social e do comportamento do ser humano (SIMÕES; GARCÍA, 2014, p.105).

Podem ser citadas como vantagens da entrevista semiestruturada a elasticidade quanto a sua duração, trazendo maior cobertura em relação ao tema; abranger todos os segmentos de população: analfabetos ou alfabetizados; possuir maior flexibilidade uma vez que o entrevistador pode repetir ou esclarecer perguntas, ou realizá-las de forma diferente; o entrevistador também pode observar condutas, gestos e reações dos entrevistados em relação às perguntas (GIL, 2008)

O primeiro momento da entrevista (APÊNDICE A) consistiu em identificar dados sociodemográficos, número de gestações prévias e idade gestacional atual, atividade laboral exercida e profissão. No segundo, as participantes discorreram sobre como estava sendo o acompanhamento pré-natal na unidade e citaram pessoas e recursos aos quais mais recorreram durante a gestação.

### **3.7 Análise de dados**

O capítulo a seguir tem como finalidade analisar o material obtido no trabalho de campo, descrevendo e analisando as configurações das redes sociais das gestantes acompanhadas em duas unidades de APS em um município da Baixada Fluminense, sendo utilizado como base para a análise em alguns momentos conceitos centrais das obras de Pierre Bourdieu, tais quais o capital social e o capital cultural.

Para análise dos dados, o material obtido nas entrevistas foi transcrito na íntegra. Após essa etapa, foi empregada a análise de conteúdo temático-categorial, na qual primeiramente se realizou uma leitura flutuante do texto, momento em que é necessária uma leitura exaustiva do conjunto de textos a serem analisados e que permite a construção de hipóteses sempre provisórias acerca do objeto estudado (OLIVEIRA, 2008). Posteriormente, foi realizada a identificação das unidades de registro, subcategorias e categorias referentes ao texto.

Embora este não seja um estudo exclusivamente com base na metodologia de ARS (Análise de Redes Sociais), foi produzida uma representação gráfica das informações colhidas acerca das redes sociais dos participantes como forma complementar de geração de dados. O Gephi (versão 0.9.), plataforma interativa de visualização e exploração de todos os tipos de redes e sistemas complexos, grafos dinâmicos e hierárquicos, mantida por um consórcio

sediado na França (AZEVEDO, 2017), foi utilizado para produzir a representação gráfica das informações coletadas a respeito das redes sociais das gestantes participantes da pesquisa. Sua utilização possibilitou uma melhor visualização das redes sociais individuais facilitando a descrição de suas configurações.

Em relação aos sociogramas das unidades B e T, os dados coletados foram lançados em uma planilha no *microsoft excel*. Em seguida, com o *software* Ucinet, importou-se a matriz criada no *excel* gerando um arquivo de extensão específica que posteriormente foi importado para o *software* Netdraw gerando a representação gráfica. O UCINET 6 for Windows é um pacote de software destinado à análise de dados de redes sociais, acompanhado da ferramenta de visualização de rede NetDraw. Foi desenvolvido por Lin Freeman, Martin Everett e Steve Borgatti, especialistas que se dedicam aos estudos de redes (BORGATTI, et al, 2018).

A análise de redes sociais (ARS) é uma ferramenta metodológica interdisciplinar, geralmente mais empregada em estudos quantitativos, todavia pode ser utilizada também nas pesquisas qualitativas, estudando os atores sociais, seus papéis e suas ligações. A principal premissa que sustenta a metodologia é que os atores sociais ocupam posições na sociedade que são interdependentes em relação às posições que outros atores sociais ocupam, e que os elos estabelecidos entre esses atores possuem trazem consequências individuais (VALENTIM, 2005).

A abordagem qualitativa no âmbito da ARS investiga as aspirações, atitudes, valores, crenças e os reflexos que os padrões de relacionamento geram no ambiente em que se desenvolvem. Considera os indivíduos como atores sociais que dentro de suas realidades buscam e criam significados fundamentados na interação social.

A análise dos dados será apresentada em duas etapas: a primeira consistirá na descrição de cada usuária entrevistada e análise individual de sua rede social, e a outra na apresentação das entrevistas e categorias. Após a realização da análise do material, foram listadas as seguintes categorias temáticas:

- a) Acesso e disponibilidade de serviços
- b) A rede primária das gestantes e as questões familiares
- c) A configuração da rede secundária das gestantes

### 3.8 Aspectos éticos

Como se trata de uma pesquisa originária de um projeto-matriz, já possuía apreciação do comitê de ética sob o parecer nº 728.664 no Rio de Janeiro (ANEXO A). A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /MS, a qual trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

Em relação à etapa de coleta de dados no município, foi apresentado para a Assessoria Técnica em Saúde do município o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como um resumo do projeto de pesquisa de forma detalhada com os objetivos e metodologia propostos.

Após o consentimento assinado por escrito (ANEXO B), as datas e dias das entrevistas foram combinadas diretamente com as enfermeiras responsáveis pelas unidades selecionadas para a pesquisa. No momento das entrevistas, foi entregue às participantes um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual são explicados os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, assim como garante às participantes o sigilo e o anonimato entre outros direitos, conforme a resolução acima citada (APÊNDICE B). Somente após a leitura e assinatura do termo pelas participantes é que as entrevistas foram realizadas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As redes que serão apresentadas a seguir representam redes egocêntricas, que possuem como principal característica o enfoque no indivíduo, buscando a compreensão de como a rede o afeta. Sendo assim, cada usuária entrevistada seria classificada com “ego” e os atores ligados a elas como “alters”. A informação sobre a ligação entre os alters não foi coletada, porém em nada prejudicou a pesquisa uma vez que foi possível analisar as diferenças de posição dos atores na estrutura social, bem como essas posições interferiram no seu comportamento.

A apresentação dos resultados se dará em duas partes: a primeira trará um breve perfil de cada entrevistada e do caminho percorrido até a marcação da primeira consulta de pré-natal e os gráficos correspondentes à configuração estrutural das redes pessoais durante o acompanhamento da gestação.

Os aspectos relativos às relações em rede e suas influências a partir das falas das entrevistadas serão aprofundados na segunda parte. Foram produzidas as seguintes categorias temáticas: o acesso e disponibilidade de serviços; a rede primária das gestantes e as questões familiares; a configuração da rede secundária das gestantes.

### 4.1 Caracterização dos participantes e configuração das redes sociais

As informações aqui descritas respeitam fidedignamente as respostas de cada participante à entrevista. No intuito de garantir o anonimato e preservar a identidade das participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de flores. Sendo assim, elas serão chamadas de amarílis, begônia, dália, íris, hortênsia, jasmim, lavanda, lírio, magnólia, petúnia e rosa.

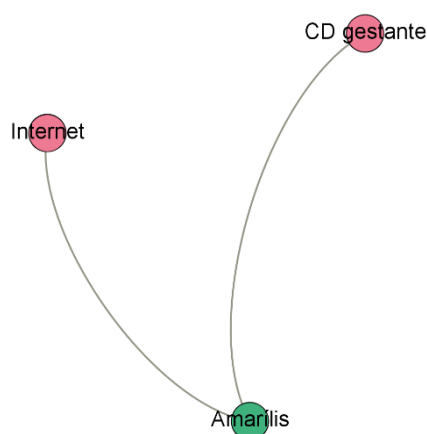
Cada participante é apresentada juntamente com a rede de pessoas/instâncias que mencionou como importante para a atenção pré-natal que estava recebendo no momento da pesquisa. Os familiares são mencionados quanto ao tipo de parentesco (mãe, marido, irmã, avó, etc), assim como amigos/as, e os profissionais, quanto à sua categoria profissional dentro da eSF. Os nomes foram omitidos, mas o descritor da pessoa mencionada está flexionado quanto ao gênero, já que este é um aspecto relevante das relações sociais na gestação. Dentre

as instâncias que também foram mencionadas, além de pessoas, está a Internet e a maternidade.

#### a) “AMARÍLIS”

Parda, natural do Rio de Janeiro, 39 anos, 25 semanas de gestação, separada do primeiro marido, reside com filha adolescente e companheiro, que vem para casa de três em três meses. A residência é própria e possui água e esgoto encanados. É técnica de segurança do trabalho, cursou o primeiro período da faculdade de Recursos Humanos e atualmente não trabalha. Iniciou o pré-natal em uma clínica particular por medo proveniente das pessoas que lhe falavam que a saúde estava em crise. Porém, resolveu realizar o acompanhamento na ESF, onde é cadastrada quando viu a ACS passando em sua rua, pois sabia que, apesar de realizar seu acompanhamento na rede privada, ela não lhe asseguraria um parto gratuito. Conversou com a ACS expondo suas aflições e foi informada por ela que o município tinha obrigação de assisti-la não só durante a gestação, bem como durante e após o parto. “AMARÍLIS” demonstrou estar confortável durante toda a entrevista, exibindo um discurso de mulher experiente por ter uma filha adolescente. Não se mostrou envolvida com os profissionais que a acompanham durante o pré-natal, sempre ressaltando a importância de sua experiência de vida para conduzir a atual gestação, tendo como principal fonte de informações para seu auxílio a Internet e a caderneta de gestante. A pouca interação com os profissionais talvez possa ser atribuída ao fato de o acompanhamento da gestação ter sido o primeiro contato que teve com a unidade de saúde, em tempo insuficiente para a formação de vínculo. Essa entrevista foi realizada na sala dos ACS e teve duração de 9 minutos e 55 segundos (Figura 1).

Figura 1 – Rede social de “AMARÍLIS”

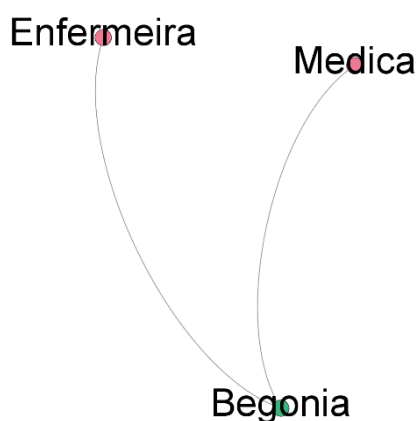


Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

### b) “BEGÔNIA”

Preta, nascida no Rio de Janeiro, tem 20 anos e vive em união estável. Reside com companheiro em residência própria com água e esgoto encanados. Coursou até o 1º ano do Ensino Médio. Atualmente, não estuda e nem trabalha, se ocupando dos afazeres domésticos. É cadastrada na ESF e se encontra em acompanhamento pré-natal com 40 semanas de gestação. Esta entrevista foi realizada em uma das salas de atendimento da unidade de saúde que se encontravam vazias no momento da conversa. Chegou à unidade sozinha. Com a fala firme e segura, no início da conversa, se mostrou um pouco desconfortável ao relatar dores em função da idade gestacional avançada, porém ao longo da entrevista que teve duração de 10 minutos, conseguiu relaxar e expor suas opiniões de forma contundente. Deixou clara sua insatisfação em relação à demora dos serviços prestados pelo município (exames laboratoriais e de imagem), porém demonstrou um vínculo com as profissionais que conduzem seu pré-natal (Figura 2).

Figura 2 – Rede social de “BEGÔNIA”



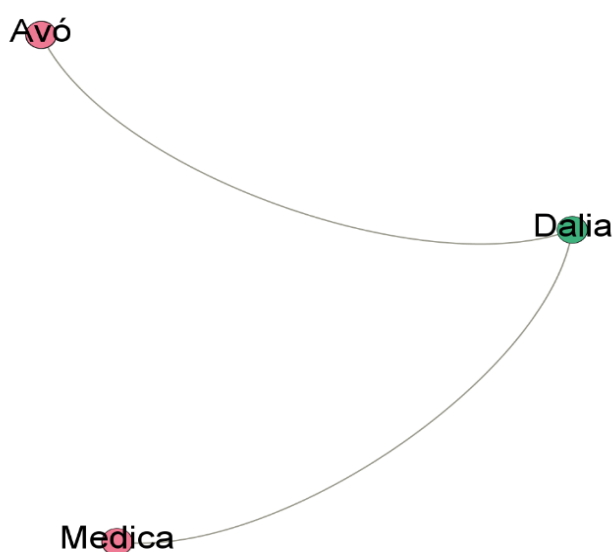
Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

### c) “DÁLIA”

Parda, 21 anos, solteira, sem filhos, 34 semanas de gestação, reside com a avó, o irmão e um tio, em uma casa alugada com água e esgoto encanados. É técnica em Enfermagem e informa ter saído do emprego em uma Home Care há cerca de um mês. Iniciou o pré-natal em uma clínica particular, pois apresentou aumento de pressão e não conseguir ir à clínica da família fazer o agendamento de sua consulta de pré-natal devido a sua rotina de trabalho. Quando conseguiu uma folga, foi até a unidade de saúde para realizar a marcação, pois foi informada por uma amiga que tentou realizar o agendamento que apenas a própria poderia ir devido à apresentação dos documentos. Boa aparência, articulou bem as palavras, não

demonstrou conhecimento de como funciona a rotina de funcionamento do município para realização de exames ou encaminhamentos para outras especialidades, tendo sempre como alternativa a rede privada. Essa entrevista foi realizada na sala dos ACS. A gestante chegou até a unidade sozinha. Demonstrou estar confortável durante toda a entrevista, que teve duração de 12 minutos e 49 segundos (Figura 3).

Figura 3 – Rede social de “DÁLIA” durante o pré-natal

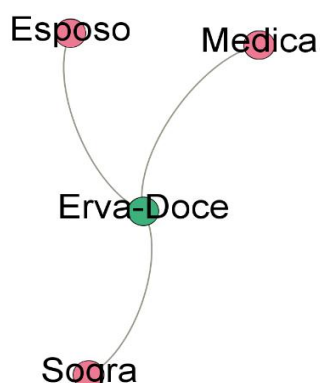


Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

#### d) “ERVA-DOCE”

Parda, 27 anos, casada, reside em casa própria com marido e um filho de um ano e cinco meses. Possui ensino fundamental incompleto, tendo estudado até o sétimo ano. Atualmente não trabalha, ocupando-se exclusivamente dos cuidados da casa e do filho ainda bebê. A gestante não reside na área adstrita da ESF e conseguiu seu atendimento após ter pegado o comprovante de residência de sua tia, que reside no território de abrangência da clínica. A gestante chegou até a unidade sozinha, e está com 20 semanas de gestação. Com um pouco de timidez e dificuldade na dicção, demonstrou dificuldade de compreensão de algumas questões durante a entrevista que teve duração de 15 minutos e 36 segundos, porém se mostrou confortável durante a conversa. Ressaltou a todo o momento que para ela tudo está bom por ser uma pessoa acomodada e com pouca iniciativa para a maioria das coisas (Figura 4).

Figura 4 – Rede social de “ERVA-DOCE”



Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

#### e) “HORTÊNCIA”

Natural de Pernambuco, preta, 26 anos, 28 semanas de gestação, vive em união estável, residindo com companheiro e filho de quatro anos. Possui ensino médio completo e não trabalha atualmente. É cadastrada na ESF e acha que foi bem acolhida, principalmente por não ser do estado do Rio de Janeiro. Realizou a marcação do pré-natal por meio de seu ACS, que sempre está em sua rua e demonstrou entendimento acerca do funcionamento dos processos da unidade. Chegou até a unidade sozinha. Com a fala mansa e cabisbaixa, sem manter muito contato visual, seguiu com muita timidez ao longo de toda a entrevista, que durou 10 minutos e 9 segundos (Figura 5).

Figura 5 – Rede social de “HORTÊNCIA”



Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

f) **“JASMIM”**

Sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, parda, 25 anos, solteira, reside em casa própria com água e esgoto encanados, com companheiro, mãe e duas filhas, uma de dois anos e outra de seis anos. Possui ensino fundamental incompleto, tendo cursado até o quarto ano. É manicure, mas relata atualmente não trabalhar, ocupando-se das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos. Relata não residir na área adstrita da ESF, porém por não conseguir atendimento em outros lugares, pegou o comprovante de residência da irmã para que pudesse ser aceita na unidade. Apenas após a apresentação do comprovante conseguiu a marcação da sua primeira consulta de pré-natal. A gestante chegou até a unidade sozinha e está com 20 semanas de gestação. Respondeu a todas as perguntas facilmente, demonstrando estar bem à vontade durante a entrevista que teve duração de 14 minutos e 28 segundos e foi realizada na sala dos ACS.

Figura 6 – Rede social de “JASMIM”



Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

g) **“LAVANDA”**

Sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, parda, 36 anos, solteira, reside em casa própria com água e esgoto encanados com companheiro e um filho de seis anos. Estudou até o quinto ano do ensino fundamental. É auxiliar de serviços gerais, trabalha de segunda a sexta, relatando chegar a sua casa todos os dias por volta das 18h. É cadastrada na ESF e teve dificuldade na marcação devido ao conflito de horários no trabalho, porém informa que o ACS é totalmente acessível e por diversas vezes foi até a sua residência e não a encontrou. A

gestante chegou até a unidade sozinha e está com 12 semanas de gestação. Muito falante, interagiu bem durante a entrevista, demonstrando conhecimento sobre seus direitos e os serviços ofertados pelo município, sempre opinando e sugerindo sobre melhorias necessárias para um atendimento de qualidade. A entrevista foi realizada em uma sala no interior da unidade que estava vaga no momento e teve duração de 28 minutos e 59 segundos.

Figura 7 – Rede social de “LAVANDA”

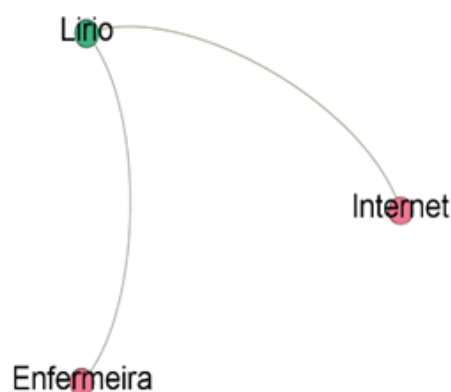


Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

#### h) “LÍRIO”

Branca, natural do Rio de Janeiro, 34 anos, casada, reside em casa própria com água e esgoto encanados, com esposo e três filhos com 12, sete e dois anos de idade. Possui ensino médio completo e não trabalha atualmente. É cadastrada na ESF e teve a primeira consulta de pré-natal marcada pelo seu cunhado que foi até a unidade de saúde e marcou diretamente com a ACS responsável pela área. Demonstrou o estabelecimento de vínculo com a profissional que a acompanha durante o pré-natal, bem como estar ciente do fluxo necessário para conseguir determinados serviços no município. Chegou sozinha à unidade e está com 20 semanas de gestação. Com fala firme, se mostrou tranquila e bem responsiva durante a entrevista, que durou 10 minutos e 33 segundos e foi realizada em uma sala disponível da unidade.

Figura 8 – Rede social de “LÍRIO”

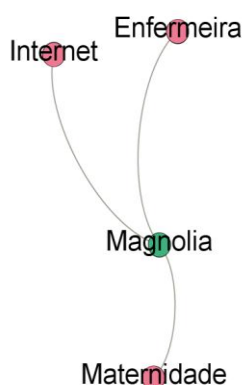


Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

#### i) “MAGNÓLIA”

Branca, natural do Rio de Janeiro, 29 anos, casada, reside em casa própria com água e esgoto encanados, com marido e dois filhos, um de nove anos e outro de seis anos. Possui ensino médio incompleto, tendo faltado apenas o último ano para concluir. Não trabalha, ocupando-se das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos. É cadastrada na ESF e marcou sua primeira consulta de pré-natal na própria unidade com seu ACS. Relatou se sentir mais à vontade com uma profissional do sexo feminino por achar que ela pode entender mais as particularidades dela por ser mulher. Gestante chegou sozinha para a consulta e está com 36 semanas de gestação. Ficou bem à vontade durante entrevista, que teve duração de 11 minutos e 15 segundos e foi realizada em um consultório disponível na unidade.

Figura 9 – Rede Social “MAGNÓLIA”



Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

## j) “PETÚNIA”

Natural do Rio de Janeiro, preta, 19 anos. Mora com companheiro em casa própria com água e esgoto encanados. Concluiu o ensino médio e não trabalha. É cadastrada na ESF, e foi até a unidade de saúde, onde marcou sua primeira consulta de pré-natal diretamente com seu ACS. Está com 22 semanas de gestação e chegou sozinha à unidade de saúde para o atendimento. Muito falante e alegre, se referiu sempre com muito carinho em relação aos profissionais da sua equipe. Esta entrevista foi realizada em um consultório disponível na unidade e teve duração de 12 minutos e 12 segundos.

Figura 10 – Rede Social “PETÚNIA”

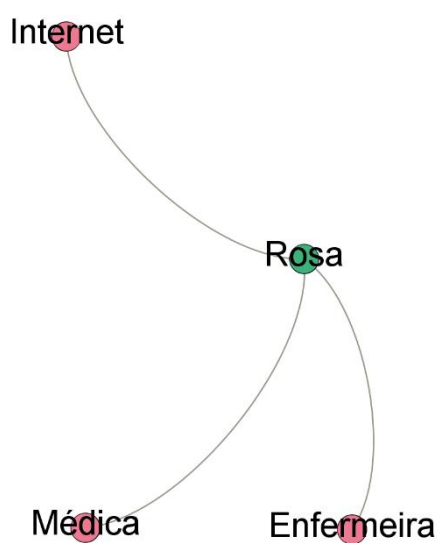


Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

### k) “ROSA”

Sexo feminino, parda, natural do Rio de Janeiro, 28 anos. É solteira e reside com os quatro filhos de 11, nove, seis e dois anos de idade. A casa é própria e possui água e esgoto encanados. Coursou até o 8º ano do ensino fundamental. Atualmente não trabalha. É cadastrada na ESF. Suspeitou tardiamente da gestação e para a marcação se dirigiu até a unidade de saúde, onde solicitou uma consulta com o ginecologista. Relatou que não se sentia muito à vontade quando iniciou o pré-natal, pelo fato de a gravidez ser fruto de um estupro realizado pelo pai de uma de suas filhas anteriores, mas que, ao longo do tempo, tudo foi melhorando. Informou ter recebido todo apoio necessário quando buscou a unidade de saúde, sendo encaminhada inclusive para outras especialidades. Mostrou-se bem receptiva durante a conversa e ciente dos serviços disponíveis no município. A entrevista teve duração de 14 minutos e 50 segundos.

Figura 11 – Rede Social “ROSA”



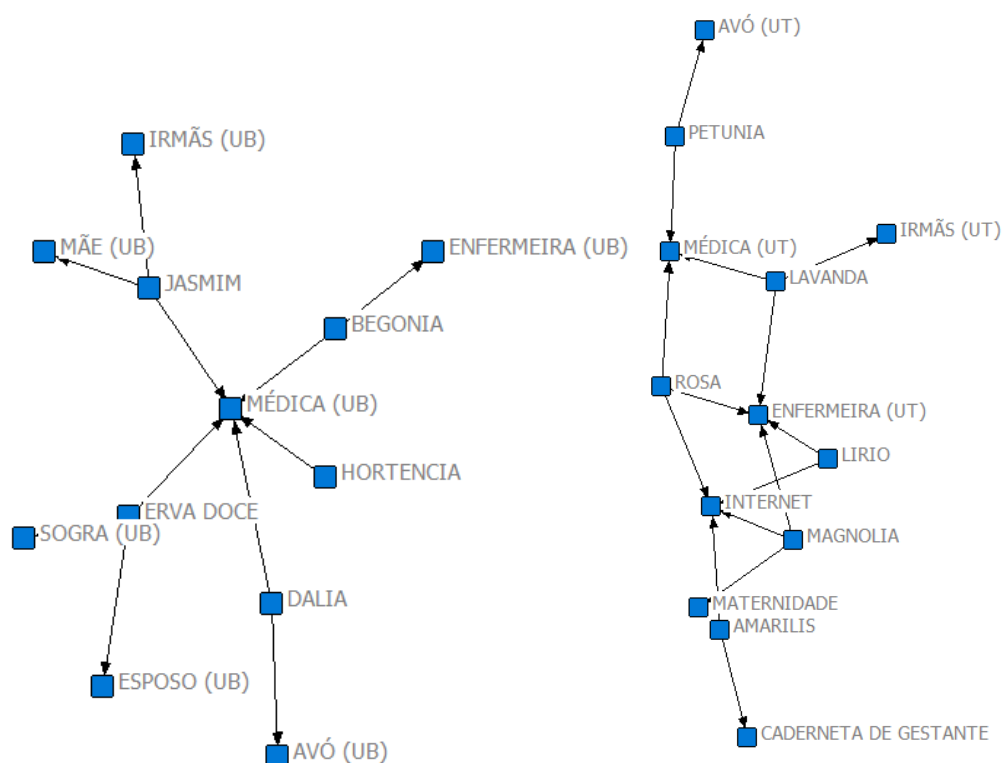
Nota: Análise estrutural da rede.  
Fonte: A autora, 2018.

#### 4.1.1 Análise estrutural das redes das gestantes

As redes obtidas durante as entrevistas são do tipo egocêntricas (pessoal), porém na análise buscou-se identificar os atores das redes e as relações de ponto de vista sociológico, e não centrado no indivíduo. Isto permite discutir o papel da mãe ou da avó, por exemplo, na rede de mulheres durante a gestação, para além das especificidades de cada gestante entrevistada. No caso dos profissionais, toda vez que uma médica ou enfermeira era citada, se referia de fato àquele profissional da unidade, o que foi posteriormente analisado em função do perfil de atuação e de questões relativas ao trabalho em equipe.

Sendo assim, para oferecer uma melhor visualização do conjunto de atores e ligações, envolvendo as redes primárias e secundárias, foi gerada a representação gráfica a seguir:

Figura 12 – Síntese das redes das gestantes durante o acompanhamento pré-natal



Fonte: A autora, 2018.

Por meio do gráfico apresentado, percebe-se uma pequena quantidade de pessoas acionadas por parte das gestantes. Vive-se em uma era em que a Internet faz parte da vida moderna, sendo utilizada das mais diversas formas a fim de preencher as necessidades dos indivíduos, que por sua vez estão sempre preocupados em atualizar seus perfis, postar fotos, ver curiosidades e notícias. Essa aproximação do mundo virtual causa um afastamento do mundo real, onde as pessoas se isolam, interação cada vez menos (MOROMIZATO, 2017; SCHELP, 2009). Pode-se considerar que os conhecimentos disponíveis na Internet contribuem para o capital cultural das gestantes.

A partir das falas das usuárias, foi possível identificar que os atores citados pertencentes à rede primária exerciam influência no que diz respeito à segurança em relação ao estado gestacional, apoio sentimental e financeiro, evidenciando estes elementos como capital social importante para a gestante. As relações familiares em seus contextos podem servir como fator de proteção e apresentar significativa influência na adesão de determinados acompanhamentos. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro – RJ, que buscou estudar as redes sociais dos usuários portadores de tuberculose no sentido de compreender como as relações exercem influência no enfrentamento da doença, evidenciou que as redes primárias influenciaram diretamente na busca pelo cuidado e adesão ao tratamento, sempre sobressaindo a presença dos familiares (AZEVEDO, 2017).

Pode-se observar que atores pertencentes à rede secundária se encontram representados pela figura do médico e do enfermeiro, citadas pelas usuárias como pessoas que representam conhecimento, ou seja, detêm capital cultural, proporcionando sentimento de segurança e tranquilidade em relação as mais diversas questões que envolvem o cuidado pré-natal. O capital cultural destes profissionais pode ser considerado tanto a partir de sua formação, pela sua importância ou prestígio social, e também pela sua atuação estratégica dentro da equipe. Esses profissionais funcionam como porta-vozes autorizados, uma vez que conseguem agir com as palavras em relação a outros agentes por meio de seus trabalhos (BOURDIEU, 1998).

Fato que também pode ser observado é a diferença entre os acionamentos dos profissionais da rede secundária entre as duas unidades. Na Unidade T (UT), a enfermeira foi mais citada do que a médica, ao contrário da Unidade B (UB), onde a enfermeira aparece com pouca participação no processo. Essa observação talvez possa ser atribuída ao fato de duas gestantes dessa unidade serem atendidas pelo médico e não pela médica, relatando se sentirem mais à vontade com a enfermeira por serem do mesmo sexo, remetendo a questões de gênero.

Outro ponto observado, durante as falas das gestantes, é que o perfil da enfermeira da UT sugere um perfil de uma profissional mais motivada e envolvida do que a enfermeira da UB. Sabe-se que os enfermeiros sofrem grandes desgastes em sua rotina de trabalho, nas quais fatores estressores como a alta responsabilidade, grande demanda de pacientes, falta de pessoal qualificado, falta de insumos e recursos, atividades extras as atribuições da profissão, baixos salários, entre outros, podem refletir na relação interpessoal e na assistência prestada (FERREIRA; MARTINO, 2006; RAMOS, 2014).

## 4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### 4.2.1 Acesso e disponibilidade de serviços

A atenção primária é a principal e preferencial porta de entrada do SUS, sendo ofertada de forma integral e gratuita a todas as pessoas de acordo com suas necessidades e demandas. No que diz respeito à gestante, é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando um acompanhamento integral e longitudinal durante a gestação (BRASIL, 2017).

A partir da análise das falas das entrevistadas, foi possível perceber que em relação à marcação da primeira consulta de pré-natal e continuidade do cuidado na unidade, as gestantes não tiveram muitas dificuldades de acesso. No geral, conseguiram realizar os agendamentos de forma rápida mantendo uma assiduidade nas consultas.

Foi ótimo! Muito rápido. Porque a gente já tem os nossos agentes né? Então foi super prático, muito rapidinho! (“PETÚNIA”)

Foi boa, não tive problema nenhum não... (“LÍRIO”)

Ah! Eu achei mais fácil que eu fui atendida rápido, as meninas me... me... encaminharam rápido pra fazer meu pré-natal, entendeu? Minha consulta foi muito rápida! E eu também não esperava, entendeu? Foi muito rápido! Tudo aqui pra mim foi rápido! Eu não achei muita dificuldade, eu achei que eu ia ter trabalho pra poder marcar a minha volta... não automaticamente as meninas estão fazendo tudo pra mim entendeu? (“LAVANDA”)

Em contrapartida, notou-se que, no momento das marcações, as pacientes foram cobradas em relação à apresentação de documentação, como comprovante de residência e identidade, e até mesmo exames comprobatórios da gestação.

Foi a minha agente, acho que o nome dela é Michele [...] É... primeiro ele veio (cunhado) marcar aí ela falou que tinha que ter alguma coisa comprovando que eu estava grávida. Aí eu pedi pra ele trazer a ultrassom, que eu tinha feito... ele trouxe, ela foi e marcou. (“LÍRIO”)

Esta fala revela uma situação de limitação ao acesso, pouca sensibilidade por parte do profissional que a atendeu e vai de encontro com a filosofia do acolhimento a mulheres gestantes ou com suspeita de gravidez. Segundo Brasil 2005, o acolhimento devido se dá no momento da chegada da mulher na unidade de saúde, quando deverá encontrar uma escuta atenta e qualificada que busque compreender os múltiplos significados daquela gestação, garantindo resolutividade e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

As entrevistadas quando questionadas em relação aos serviços necessários disponíveis dentro da unidade onde realizam o acompanhamento pré-natal, em sua maioria (“AMARÍLIS”, “DÁLIA”, “ERVA-DOCE”, “HORTÊNCIA”, “JASMIM”, “LAVANDA”, “LÍRIO”, “MAGNÓLIA” e “ROSA”), apontaram como disponível apenas os exames de sangue que devem ser realizados durante a gestação. A rede privada foi citada como único recurso para realização de ultrassonografias, tendo apenas quatro gestantes (“MAGNÓLIA”, “PETÚNIA” e “ROSA”) reconhecido que existe a possibilidade de realizar esse tipo de exame por intermédio do SUS. Disponibilidade de serviços de nutrição e ginecologia foram citados apenas por uma gestante (“PETÚNIA”).

É, os exames de sangue até tem aqui só que demoram muito, eu fiz um em janeiro só fui receber em março. [...] Mas aqui o de sangue tem, agora ultra, essas coisas já não têm, aí já tem que recorrer ao particular né? Aí é quando minha avó me leva ou meu noivo (“DÁLIA”).

Aqui até tem, mas demora a chegar, então as pessoas preferem pagar a ultra pra chegar rápido! Bateu! Já traz logo! Mas pra fazer mesmo demora, quase um mês! (“ERVA DOCE”)

Ginecologista aqui tem... Se eu não me engano aqui tem nutricionista. Se não tiver eles encaminham, dão encaminhamento... (“PETÚNIA”)

Atualmente, tanto os exames laboratoriais quanto a ultrassonografia encontram-se disponíveis na rede de serviços do município. A coleta de sangue é realizada quinzenalmente

nas unidades onde foram coletadas as entrevistas e para a marcação da ultrassonografia é necessário que a mulher se dirija até um órgão que funciona como central de marcação, onde posteriormente será direcionada para outro local para a realização do exame. Algumas gestantes mostraram desconhecimento em relação a essa disponibilidade, relatando dependência da rede privada.

As informações sobre os serviços disponíveis na rede, funcionamento de unidades, encaminhamentos devidos, também devem ser fornecidas pelos profissionais que integram as eSF, seja no momento da consulta ou fora dela (BRASIL, 2013). Isso remete a outra discussão que seria a qualidade do atendimento e das consultas de pré-natal, que não devem se resumir apenas a procedimentos técnicos estipulados em protocolos institucionais.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, o cuidado pré-natal deve ser realizado de modo que atinja e atenda às necessidades reais das gestantes, mediante utilização de conhecimento dos profissionais da ESF e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde da equipe devem ser informativas, efetivas e resolutivas, como a identificação precoce dos riscos gestacionais e situações de vulnerabilidade da mulher (e família), visando à garantia do bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2013). No que diz respeito aos serviços de emergência, por mais que algumas mulheres ainda busquem a unidade de saúde antes de tentar atendimento fora, ficou evidente que sabem que o município não dispõe desse recurso, estando desassistidas neste ponto.

Eu prefiro... costume... prefiro vir aqui, que aí peço a elas pra darem uma olhada que se for o caso de eu ir pra maternidade, eu pego e vou, aí caso não, eu já fico em casa mesmo (“ROSA”)

No caso de ser uma emergência aí eu já tento ir sozinha, entendeu? Porque aí, daqui que eu venha aqui pra poder correr pra emergência fica meio suspeito... mas aí graças a Deus eu nunca precisei não! Mas se caso eu precisar, aí eu vou tentar ir direto! Até porque eu já perguntei se caso eu precisar pra onde eu posso ir, entendeu? (“PETÚNIA”)

[...] eu tenho que ir direto para outro lugar! Porque aqui não tem recurso. Tipo assim: igual esses dias eu tava sentindo contrações, com cinco meses né! Normal! Eu falei assim: no posto eu não posso ir, porque lá não tem recurso né! Tenho que ir pra uma maternidade maior, aqui em [nome do município] não tem! Tive que ir pra Mariana Bulhões! (“JASMIM”)

[...] se eu estiver passando muito mal e tal, se eu chegar aqui eu sou bem atendida... A Dra. Dayane atende, dá toque, pra não ter que ir para o hospital assim... sem nenhuma resposta, se é pra ir ou não...(“MAGNÓLIA”)

O que se observa mediante a fala das entrevistadas em relação a alguns serviços no município são suas “centralizações” em determinadas instituições, dificultando o processo de

acompanhamento das gestantes, e contrariando a potencialidade necessária que o município deve possuir para investir na saúde local.

Um estudo realizado entre 2013 e 2014 derivado de um ciclo de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, investigando o acesso e qualidade do cuidado pré-natal na ESF no Brasil e na Região Norte, evidenciou inadequação da infraestrutura da rede de atenção básica que realiza o pré-natal, baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado e baixa capacidade de gestão das equipes para garantir o acesso e qualidade do cuidado (GUIMARÃES et al., 2018).

Demora na marcação de consultas, horários e os turnos de funcionamento das unidades, tempo de espera para consulta e para exames laboratoriais, acessibilidade geográfica e econômica também constituem uma barreira de utilização aos serviços na ESF (BRIENZA, 2002).

Vale destacar que, com a criação do SUS, a organização de responsabilidades se deu de forma hierárquica, na qual municípios são encarregados dos cuidados básicos de saúde, ficando a cargo dos governos estaduais os procedimentos mais complexos. O governo federal é o responsável pelas diretrizes da política de saúde e transferência dos recursos necessários pra suprir os estados e municípios em suas ações de saúde. Inicia-se desta forma o processo de descentralização da saúde. De fato, somente com a Emenda Constitucional de 29/2000, com a vinculação dos recursos das três esferas de governo para o financiamento das ações de saúde, o processo descentralização começou a tomar forma.

É necessário que estados e municípios disponham de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos de referência e contra-referência, considerando: a vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme gestão local; garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, neonatal e puerperal; captação precoce de gestantes; garantia de atendimento a todas as gestantes que busquem serviços de saúde; garantia da realização dos exames complementares necessários; garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que busquem os serviços de saúde e garantia de internação quando necessário; vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente; transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (BRASIL, 2005).

#### 4.2.2 A rede primária das gestantes e as questões familiares

Segundo Godbout (1992), a sociedade moderna funciona a partir das redes sociais primárias (família, vizinhos), ancoradas sobre o tempo, no qual os vínculos exigem uma dimensão de obrigação coletiva mais ampla, sendo a dimensão econômica relevante, porém subordinada a outras dimensões como à moral e a rede mercantil (CORDEIRO, 2007).

As redes primárias se referem às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem no dia a dia ao longo de suas vidas (relações de familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade etc.) e que respondem ao processo de socialização dos indivíduos. Esse processo ocorre de forma autônoma, espontânea e informal. Estão presentes como forma de resolução de problemas no âmbito das políticas sociais e adequação dos serviços de saúde (STOTZ, 2009).

A gestação é um período no qual a mulher se depara com as mais diversas situações que permeiam questões físicas, psicológicas e até mesmo econômicas. Mesmo mediante toda orientação advinda de uma equipe de saúde responsável pelo seu acompanhamento, a presença e ajuda do companheiro e de familiares é de fundamental importância para uma melhor vivência da gestação e maternidade por parte da mulher (COUTINHO et al., 2014).

No cenário deste estudo, das gestantes entrevistadas, 45% citaram algum familiar como alguém a quem recorrem durante a gestação, porém, no momento da entrevista que foi realizada no mesmo dia em que tinham consulta de pré-natal, observei que apenas duas mulheres estavam acompanhadas por familiares, e que no caso eram suas mães.

No imaginário social, a família é um espaço de socialização pelo afeto, respeito aos indivíduos e união pelo amor. Porém, enquanto instituição social, deve ser analisada como um organismo que se modifica em consonância com as transformações históricas, adquirindo particularidades em diferentes sociedades. Afirmar que existe um modelo de perfil para a família brasileira é um impasse, tendo em vista a grande multiplicidade étnico-cultural que embasa a composição demográfica do país (MORGADO, 2012).

A cultura das diferenças de gêneros e divisão de tarefas entre os sexos sempre esteve presente na sociedade. Os papéis desempenhados por homens e mulheres, pais e mães eram tradicionalmente distintos, nos quais o pai exercia a função de provedor do lar atendendo as necessidades materiais da família, e a mãe assumia o papel de cuidadora primária (cuidados com a casa, filhos, preparo de alimentação). Aos homens, cabia a autoridade, sem se

preocupar com as cólicas dos bebês, alimentação, deixando a cargo das mães a referência afetiva para os filhos (FERREIRA et al., 2014).

A sociedade ainda tem por hábito dividir sua população em homens e mulheres. O sexo possui uma fundamentação biológica, mas as expectativas sociais e os papéis atribuídos a homens ou mulheres são de caráter social, e é isso que os sociólogos se referem como gênero. O que se esperar de um homem e de uma mulher varia ao longo da história e de uma sociedade para outra. Em geral, as mulheres têm salários mais baixos, menos oportunidades de trabalho, multiplicidade de tarefas (trabalho doméstico e cuidados com a família) (PLUMMER, 2015)

O vínculo do pai deve ir além da figura de autoridade que provê o sustento. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2017) apontou um a cada quatro homens pesquisados não esteve presente nas consultas de pré-natal, sendo o principal motivo da ausência o trabalho. Nesta mesma pesquisa foi revelado que mais da metade dos homens (56,8%) informou que o foco do pré-natal é apenas a gestante, não sendo a presença masculina valorizada pelo profissional responsável pelo atendimento. O compartilhamento do cuidado, desde o pré-natal até o nascimento da criança, envolve conviver com as resistências de uma sociedade que ainda não está acostumada à alternância e complementariedade de papéis entre homens e mulheres (ROCHA; STEVANIM, 2017)

De uma forma geral na sociedade, a gravidez sempre foi tratada como uma experiência unicamente feminina. Gradualmente, nos últimos anos, tem se observado que os conceitos e funções pré-determinados para homem e mulher na família estão em plena transformação, e que a participação do pai durante o pré-natal deve ser estimulada no intuito de fortalecer o vínculo familiar e proporcionar ao parceiro entender as mudanças que ocorrem com a mulher durante a gestação (FERREIRA, et al 2014).

Apesar de atualmente se perceber um crescimento sobre uma nova visão entre as diferenças de gêneros, na qual os homens vêm assumindo uma postura de igualdade em relação às suas parceiras, ainda existem várias barreiras a serem ultrapassadas na sociedade. O cenário onde se realizou o estudo não demonstrou participação efetiva dos homens, fato que se constata por meio das citações das pessoas a quem as gestantes recorrem durante o pré-natal.

“ERVA-DOCE”, de todas as entrevistadas, foi a única que citou o esposo como alguém a quem recorre quando precisa de algo durante o pré-natal, porém relacionando-o a questões financeiras, corroborando para a ideia de que o homem ainda continua sendo o provedor do lar.

Assim... Ele me ajuda... Por exemplo: amor, vai lá faz! Se passar exame, essas coisas ele paga... Em relação ao dinheiro! Ele faz a parte dele, ele faz a parte dele.... Fala assim amor: vai lá! Ele cuida de mim muito bem. Fala assim: vai lá amor, faz o pré-natal, porque eu tenho que trabalhar. Ou eu trabalho ou a gente morre de fome! “ERVA DOCE”

A fala acima remete à noção da “dominação masculina”, abordada por Bourdieu (2002). Por meio de uma perspectiva simbólica, concepções invisíveis se mascaram nas relações e na ideia de mundo das pessoas, na qual o corpo biológico é capaz de embasar esquemas inconscientes que as pessoas incorporam para a distinção do masculino e feminino e seus papéis na sociedade como um *habitus*. A prioridade universal dirigida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas na lógica da divisão sexual do trabalho, que confere aos homens a melhor parte do ponto de vista do prestígio social.

O conceito de gênero propriamente dito não é abordado por Bourdieu (2002), que trabalha pautado nas oposições como: rico/pobre, claro/escuro, alto/baixo, etc. Segundo o autor, a divisão entre os sexos parece estar "na ordem da coisas", se referindo ao que é normal, natural, ao biológico, se fazendo presente ao mesmo tempo no estado objetivado das coisas (por exemplo partes da casa que são "sexuadas"), no mundo social, e no estado incorporado dos corpos e nos *habitus* das pessoas.

Em relação a familiares do gênero feminino, foi encontrada em 36% das entrevistas. Devido a estarem vulneráveis e sensíveis, as mulheres podem buscar por apoio familiar, seja na mãe, na irmã ou até em uma amiga mais próxima, para que estejam junto a elas durante as fases do ciclo para dar um abraço, uma palavra acolhedora, um parecer experiente ou apenas a simples presença.

“DÁLIA” e “PETÚNIA” citaram as avós como referencial de apoio, segurança e experiência.

Ah minha avó! ela...ela... o papel dela eu acho que é o mais importante porque ela dá muito apoio sabe? Tudo que eu preciso, tudo que eu preciso ela me apoia se preocupa! É muito importante! “DÁLIA”

Eu recorro muito a minha avó, um clássico (rss)... Porque eu perdi a minha mãe quando eu tinha 17 anos, então assim a minha avó passou ser uma coisa que foi... ela passou a ser a minha base, então não tenho realmente a quem recorrer quando não venho aqui a não ser ela! (PETÚNIA)”

“JASMIN” e “LAVANDA” citaram mãe e irmãs como apoiadoras durante o cuidado pré-natal.

Ah, porque eu acho que elas (irmãs) são bem mais experientes do que eu né! Por serem mais velhas, por já terem mais filhos do que eu, então eu recorro a elas. (“JASMIM”)

Ah! As minhas irmãs me apoiam muito entendeu? A gente é... a gente... a gente não fica muito grudada, mas a gente é bem unida! Em matéria assim, aconteceu alguma coisa tá todo mundo junto! Entendeu? (“LAVANDA”)

Por meio das falas acima, percebe-se a reverência a figura materna e feminina, associando a elas à experiência em relação ao processo gestacional, apoio psicológico, carinho e solidariedade dentro do lar.

No decorrer do século XX, com o processo de reordenação da família, em função da urbanização e dos moldes do capitalismo, se iniciou vagarosamente uma redefinição dos papéis sociais. Por muitas vezes, algumas mulheres utilizaram a caridade e a assistência aos pobres como mecanismos para saírem de casa e frequentarem lugares que eram proibidos. Por serem consideradas atividades de “extensão das tarefas domésticas”, não havia rejeição da sociedade, uma vez que se associava à figura feminina com o maternal e o trato para a pobreza, sendo sua imagem reforçada como sensível e bondosa, solidária. A figura da mulher sempre esteve associada ao processo de cuidar, amar e se doar (MORGADO, 2012)

A figura da mulher, mãe, se constitui como base segura de apoio para enfrentar uma situação difícil. É fundamental na adaptação às mudanças da maternidade, servindo como fator de proteção a identidade materna (MEIRELES; COSTA, 2005).

A rede primária se mostrou potente em relação à questão do acesso das gestantes aos serviços. Alguns dos problemas apontados foram o fato de não pertencer à área de cobertura da ESF, sendo necessário pegar o comprovante de residência de um familiar para conseguir o atendimento, além de incompatibilidades de horário do funcionamento da unidade com a rotina daquelas gestantes que trabalham.

Foi um pouco difícil, porque é... eu não moro por aqui tão assim tão perto... Então eu tive que pegar o endereço da minha irmã pra poder marcar aqui... Porque em outros lugares o pessoal não está conseguindo marcar! Entendeu? Aí eu tive que fazer isso. Mas, no comecinho eu fiquei meio assim mas deu certo graças a Deus! Porque tá difícil de você conseguir consulta! (“JASMIM”)

Eu vim com a minha mãe marquei, aí deu certo, porque eu peguei a conta de luz daqui aí consegui fazer pré-natal (“Erva Doce”)

“DÁLIA” disse ter demorado a ir até a unidade já que trabalhava, e ter tentado o agendamento por meio de uma ex-esposa de seu tio, mas não obteve êxito devido à necessidade dela própria ter que comparecer pessoalmente em função dos documentos.

Eu demorei a vir aqui. Por causa do trabalho eu não estava conseguindo marcar aqui, aí teve só que minha pressão estava subindo muito, aí minha avó me levava no particular pra eu bater ultra, essas coisas..., mas minha pressão começou a subir. Aí uma ex-esposa do meu tio que faz pré-natal aqui também, pegou e marcou para mim só que eu que tinha que vir por causa dos documentos. E aí eu vim, consegui marcar

para uma segunda-feira, vim aqui numa sexta e consegui marcar aí eu gostei... me atenderam direito, me explicaram as coisas...(“DÁLIA”)

De acordo com as falas acima, fica claro que se essas gestantes não tivessem o apoio familiar, dariam início a uma peregrinação em busca de uma unidade para iniciar seu acompanhamento, indo de encontro ao princípio da Universalidade do SUS, que determina que os serviços sociais direcionados a assegurar a saúde da população devem estar disponíveis para toda comunidade (BRASIL, 2013). As redes primárias são capazes de proporcionar fatores positivos que influenciam na vida dos indivíduos, conferem apoio emocional, afetivo e material (GERHARDT; SANTOS, 2012).

#### **4.2.3 A configuração da rede secundária das gestantes**

As unidades de saúde são consideradas redes secundárias fazendo parte delas os diversos profissionais que a integram. Para uma boa promoção do cuidado à saúde, é necessário que esses profissionais mantenham um bom relacionamento entre si e com os usuários de forma respeitosa, cooperativa e solidária (AZEVEDO, 2017; FONSECA, 2017).

As relações multifatoriais, como as biológicas, sociais, psicológicas e culturais devem ser valorizadas dentro do contexto da assistência pré-natal, e o modelo biomédico com foco na doença, assistência curativa e tecnicista deve ser relativizado. O modelo de formação do profissional que presta a assistência influencia diretamente na assistência (BRASIL, 2012; ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Um estudo realizado em uma cidade do nordeste brasileiro, com o objetivo de verificar a percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal, sinalizou uma diferenciação discreta por parte das pacientes em relação ao atendimento. A consulta médica apresentou índices mais baixos, quando relacionados à parte física, como o exame físico e a percepção do cuidado, sendo esse último aspecto mais subjetivo e emocional (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

A partir da criação do PSF, o enfermeiro ganhou um amplo espaço de atuação na assistência ao pré-natal de baixo risco. A legitimação por parte das gestantes em relação às consultas de enfermagem ocorreu a partir da percepção do conhecimento técnico-científico e a condução do atendimento pautado no respeito a vida, dignidade e promoção da integralidade por parte desses profissionais, sendo capaz de proporcionar sentimento de segurança e

acolhimento (DUARTE; ALMEIDA, 2014; ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016; SANTIAGO; SOUSA; NÓBREGA; et al. 2017).

“MAGNÓLIA” fala sobre a relação de confiança que possui com a enfermeira da UT, e que, até nos casos que julga mais urgentes, vai até a unidade consultar a opinião da profissional.

A Dra. [...] atende, dá toque, pra não ter que ir para o hospital assim... sem nenhuma resposta, se é pra ir ou não... se ela achar que eu tenho que ir para o hospital, aí eu vou (MAGNÓLIA).

“BEGÔNIA” informa recorrer de forma igual tanto a médica quanto a enfermeira quando possui dúvidas ou necessita de ajuda, ressaltando que ambas sempre estão certas lhe transmitindo segurança.

Eu procuro sempre tanto a Dra. [...], tanto a [...], porque elas falam sempre certo, elas... Elas são ótimas pra atender, e se tiver sentindo dor elas perguntam... no pré-natal mesmo ou fora do pré-natal também... Então é uma maravilha elas duas (BEGÔNIA”).

“ERVA-DOCE” não distingue quem é a médica e quem é a enfermeira durante seu pré-natal e “BEGÔNIA” mesmo sabendo a formação das profissionais que a atendem, se refere as duas como “ótimas médicas”.

Quando eu venho aqui é uma médica, as vezes outra médica (“ERVA-DOCE”). Então, não tenho o que reclamar delas duas. Elas são umas ótimas médicas (“BEGÔNIA”)

As falas nas quais a assistência das enfermeiras é reconhecida e valorizada ratificam o quanto o enfermeiro dentro da ESF em particular exerce seu capital cultural diante o médico, figura sempre tão enaltecida como detentor de saberes perante a sociedade.

“ROSA”, durante a entrevista, revelou que sua gravidez foi fruto de violência praticada pelo pai de uma de suas filhas e que no início, quando buscou atendimento, ainda se sentia travada, pouco à vontade para expor sua situação. Na unidade (UT), recebeu o apoio dos profissionais, o que foi fundamental para que ela seguisse seu acompanhamento e ao longo do tempo se sentisse mais tranquila. Além do atendimento na unidade, foi encaminhada para as especialidades de psicologia e psiquiatria.

Porque nessa gestação, não foi uma gestação que eu queria, porque eu fui violentada pelo pai da minha outra filha, então até pra eu poder me sentir um pouquinho mais à

vontade eu dei uma travada, mas até que eu consegui falar o que realmente aconteceu (“ROSA”).

Influencia muito! Porque as duas me passam bastante segurança, bastante apoio... então tá me influenciando bastante. Porque se não fossem elas... (“ROSA”).

As falas analisadas reforçam a importância do estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários que, mesmo mediante dificuldades em relação ao acesso e disponibilidade de serviços no município, demonstraram de forma geral satisfação em relação ao atendimento oferecido durante o pré-natal nas unidades, reconhecendo que os profissionais participantes do processo lhe proporcionaram sentimentos de segurança e tranquilidade, estabelecendo uma relação de diálogo e confiança, sempre esgotando esforços no intuito de proporcionar o melhor atendimento possível.

A fala abaixo de “LAVANDA” demonstra o conhecimento sobre a falta de recursos do município em relação à medicação e que, de alguma forma, tenta ser suprido pela médica.

Então, não tenho muita coisa pra falar delas! Elas faz pra mim o que dá pra elas... Elas só não me dá remédio porque não tem! [...] Aí ela falou: “Poxa “LAVANDA”, eu não tenho nenhuma amostra grátis, porque normalmente eu tenho, hoje eu nem tenho pra te dar...” “LAVANDA”.

As manifestações de insatisfação pontuadas foram referentes à demora no atendimento no dia da consulta e demora no resultado dos exames.

É só a demora mesmo.... demora muito, muito, muito mesmo! Até assim, quando a gente chega na sala elas atendem super bem e até fica um tempo a mais com a gente dentro da sala, só que pra conseguir ser atendida, demora bastante! (“DÁLIA”)

É! Só o exame que demorou a chegar só isso... porque aqui eles trata muito bem as pessoa... Eu gostei daqui... Mas só o exame só que demorou a chegar que demora a chegar...(“AMARÍLIS”)

No que diz respeito ao ACS, apesar de toda relevância da sua figura dentro da eSF, as entrevistas analisadas demonstraram em alguns casos um vínculo enfraquecido, raso, ou até mesmo a ausência de vínculo entre as usuárias e os ACS. Das 11 (onze) entrevistadas, apenas 2 (duas) tiveram seus agendamentos realizados em seus domicílios durante a visita cotidiana do agente. As demais tiveram que se dirigir até a unidade de saúde para realizar o agendamento, ressaltando que 3 (três) delas pegaram comprovantes de residência de parentes para conseguirem atendimento.

Eu marquei lá na recepção... Com meu agente de saúde (“MAGNÓLIA”).

“PETÚNIA”, apesar de não ter citado o ACS como contato a quem mais recorre durante o pré-natal, quando questionada em relação aos profissionais de saúde que a acompanham, mencionou-o como participante do processo, porém demonstrou dificuldade em distinguir a posição que ele ocupa dentro da equipe. Isso demonstra que ela não reconheceu seu capital social, no qual o ACS parece não exercer nenhuma influência sobre ela:

[...] O Matheus no caso não é um... Não chega a ser um profissional de saúde ele né... ou chega a ser? (“PETÚNIA”)

Já “LÍRIO”, que teve sua consulta marcada por intermédio de seu cunhado com o ACS na própria unidade, não possui certeza do nome da profissional demonstrando claramente falta de vínculo.

Foi a minha agente, acho que o nome dela é Michele... (“LÍRIO”)

“AMARÍLIS” e “HORTÊNCIA”, das 11 entrevistadas, foram as únicas que tiveram seu agendamento realizado diretamente no território sem necessitar ir até a unidade. Porém, chama atenção o fato de elas terem abordado o ACS, e não o contrário.

Ela fica com a prancheta anotando os dados, atualizando os cadastros. Aí eu peguei pedi a ela, perguntei se ela tinha como arrumar, aí ela foi e falou: Isso é obrigação do município, aliás do bairro né, se você mora aqui eles, a gente tem que ser obrigado a te atender, é direito seu! Ela pegou e fez a minha ficha, eu não tive problema nenhum (“AMARÍLIS”).

[...] primeiro teve que passar pela agente né? E a agente marcou, aí já vim pra cá... eu procurei a agente[...] lá na rua...

“ROSA” e “MAGNÓLIA”, quando questionadas em relação à presença do ACS durante o acompanhamento pré-natal, nos casos em que precisam de um auxílio como remarcação de consultas, se mostraram insatisfeitas e com pouco grau de afinidade.

É difícil! A gente aparecer lá é muito difícil! É mais fácil a gente vir aqui, marcar aqui do que esperar agente passar lá! (“ROSA”)

Preciso vir aqui! Se eu perder alguma consulta, ou alguma coisa, eu tenho que vir aqui. (“MAGNÓLIA”)

É esperado que, em geral, seja o ACS o primeiro contato do usuário no território. Interagindo com a comunidade, consegue trocar informações e auxiliar nos processos de trabalho dos profissionais dos níveis hierárquicos mais elevados auxiliando na organização da

forma de trabalho. O diferencial das ações do ACS, como membro de equipe, consiste na sua atuação como um elo entre a comunidade e unidade local à qual pertence e deve estar conectado a uma rede de serviços nos diversos níveis, circular por diversos espaços, deve ser o intermediador entre as necessidades da comunidade e os profissionais da eSF, por isso sua integração com as duas partes é fundamental (SANTOS; FILHO, 2016).

É atribuição do ACS orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do acompanhamento; realizar visitas domiciliares para a identificação de gestantes e seu encaminhamento para a unidade buscando a captação precoce para a primeira consulta; acompanhar o cartão de gestante, verificando a periodicidade e assiduidade das consultas; informar possíveis intercorrências ao médico (a) ou enfermeiro (a) da equipe sobre a gestante; identificar situações de risco e vulnerabilidade encaminhando a paciente para consulta quando necessário, bem como realizar visitas domiciliares durante o período gestacional (BRASIL, 2005).

Atualmente, os ACS no município desempenham atividades administrativas como serviços de recepção, organização de agendas para exames laboratoriais, recebimentos de materiais, entre outras coisas, o que torna sua rotina burocratizada. Questões como a relação de hierarquia nas categorias profissionais dentro da ESF; discrepâncias salariais, nas quais é sabido que os profissionais de nível superior possuem remuneração muito acima dos ACS, denunciando a vigência de uma assistência centrada no modelo biomédico, diminuindo a importância do trabalho do agente junto à comunidade; organização das unidades de saúde da família onde se valorize os diferentes saberes e práticas presentes na diversidade de funções desempenhadas e onde o ACS se perceba importante enquanto membro importante da equipe, e não como mero transmissor de informações, são apontadas como pontos de atenção importantes para compreendermos os comportamentos existentes atualmente (FONSECA, 2013).

Em outras linhas de cuidado que também foram analisadas com redes sociais, o ACS apareceu como um elo fraco para a comunidade, talvez por se tratar de um estudo para acesso ao serviço especializado na APS (FONSECA, 2017), porém apareceu com participação mais significativa do que neste estudo.

Já em outra pesquisa na linha de cuidado da tuberculose que também utilizou redes sociais que demonstram as redes do paciente antes e depois do início tratamento farmacológico, o ACS apareceu presente na rede secundária do usuário como um ator importante influenciando no vínculo entre unidade de saúde e usuário e colaborador na adesão ao tratamento exercendo seu capital social (AZEVEDO, 2017).

Em um estudo realizado em 2015, em três municípios brasileiros, ficou constatado que as dificuldades estruturais das unidades, bem como a baixa capacidade das respostas das eSF, influenciam na imagem social do ACS e sua reputação perante a comunidade. Isso faz com que se sintam impotentes e deixem de se enxergar como um elo entre os demais membros da equipe e os usuários (SANTOS; FILHO, 2016).

De forma geral, quando questionadas a respeito da percepção pessoal sobre a forma como estava sendo conduzido o pré-natal até o momento, as falas analisadas sugerem que as avaliações foram feitas particularmente em relação ao atendimento realizado pelos profissionais nas consultas, não considerando um contexto que engloba o acesso e a disponibilidade de serviços e insumos, direito a não peregrinação no momento do parto, atividades educativas e etc. “LAVANDA”, a gestante mais falante e crítica de todas as entrevistadas, foi a única que durante seu discurso se mostrou insatisfeita em relação à situação da saúde no município.

Pelo menos eu acho que o município tinha que dar pelo menos os remédios, assim como pomada, remédio pra enjojo, “essas coisinha boba” assim, que eu acho que não pesaria pra eles né! Já que a gente paga né! Eu acho que a gente tem direito! Mas, eles não dão tanto recurso pra gente... Mas, fora disso eu acho que o meu pré-natal está sendo tranquilo, eles estão cuidando de mim muito bem... (“LAVANDA”)

Já a fala abaixo de “ERVA DOCE” retrata uma situação de conformismo quando se refere ao fato de sempre ter médico na unidade para prestar o atendimento, ponto que deveria ser corriqueiro e não considerado como um diferencial de qualidade quando comparado com a instituição anterior onde realizou seu pré-natal.

[...] aqui “eles trata” bem, o outro lá às vezes não tinha médico, aqui tem médico, não falta médico, quando não tem eles liga pra lá pra avisar pra não vir à toa né! Só isso! (“ERVA-DOCE”).

Enquanto enfermeira local, eu percebo uma participação popular muito limitada dos usuários. Por se tratar de um município jovem, emancipado há apenas 28 anos, onde muitos moradores relatam um passado recente de ausência de ruas asfaltadas e apenas uma unidade de saúde para onde se dirigiam de charrete por não haver transporte público disponível, a impressão é de satisfação ou conformismo por parte da população com o que existe disponível sem maiores esforços por modificações.

A iniciativas de mobilização, organização e participação podem gerar novas alternativas, ou alternativas que viabilizem ações ou opções diferentes das tradicionais. Segundo a definição de Valla (1998) a participação popular:

Compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc etc.) (VALLA, 1998, p. 9)

A noção de capital cultural estabelecido por Bourdieu (1995) auxilia a compreender a visão limitada e a impressão de conformismo que se encontram nas falas das gestantes. A expressão cunhada pelo autor serve para analisar situações de classe na sociedade, nas quais, de certa forma, o capital cultural serve para caracterizar subculturas de classe ou de setores de classe. Por meio dele, é possível identificar dentro das classes a diferença de gostos, estilos, valores e estruturas psicológicas.

Segundo Bourdieu, capital cultural se refere a uma gama de qualificações intelectuais adquiridas por meio do sistema escolar ou transmitidas pela família, e pode existir três formas: o incorporado, que é parte integrante da pessoa, não podendo ser trocado, visto que está ligado à singularidade até mesmo biológica do indivíduo, morrendo desta forma com ele; o objetivado é aquele passível de transmissibilidade material tal qual um capital econômico; e o institucionalizado, que é aquele adquirido sob a forma de títulos que estão garantidos e sancionados legalmente, nos quais os títulos escolares e acadêmicos outorgam o reconhecimento institucional do capital cultural possuído por uma determinada pessoa (BOURDIEU, 2001).

No caso das 11 entrevistadas, quatro não concluíram o ensino fundamental, duas possuem ensino médio incompleto, quatro possuem o ensino médio completo e apenas uma gestante iniciou a faculdade, porém ela relata ter trancado antes de terminar o primeiro período.

Pode-se considerar que são mulheres que têm um baixo capital cultural, quando se pensa na relação com as equipes profissionais. Mas não se pode atribuir apenas a isso o fato de demonstrarem conformismo, já que a dinâmica de vida das pessoas que vivem nessas áreas periféricas tende a ser marcada pelas dificuldades e iniquidades há várias gerações.

A participação social representa o direito e o dever da sociedade de integrar as formulações e decisões no sistema de saúde brasileiro, porém estudos indicam uma participação social insuficiente de usuários pertencentes a ESF e UBS (BANDEIRA, 2014).

O tema é interligado com a promoção da saúde, na qual os esforços dos cidadãos juntamente com a equipe de saúde proporcionam o alcance de melhores condições de saúde por meio de políticas instituídas (SANTOS et al., 2013).

A educação em saúde na ESF é uma forma de incentivar a participação popular. As atividades didáticas utilizam estratégias como reunião de grupos de usuários específicos (idosos, diabéticos, gestantes, tabagistas, adolescentes) que tratem de temáticas pertinentes e interessantes a sua rotina, na qual a transmissão das informações pelos profissionais possui a finalidade de desenvolver na população a capacidade de analisar criticamente sua realidade para definir, organizar e avaliar essas ações a fim de resolver os problemas, além de melhorar a saúde física e mental dessa população auxiliando a enfrentar as adversidades do dia a dia (SANTOS et al., 2013).

## CONCLUSÃO

O estudo das redes sociais das gestantes revelou a importância das relações estabelecidas durante o acompanhamento pré-natal na ESF tanto na rede primária como na rede secundária e evidenciando a importância dessas relações durante o período gestacional.

A rede primária demonstrou seu potencial, com destaque para a figura da mulher (mãe, avó, irmã) mais experiente da família como referência de informações de credibilidade e apoio afetivo. A participação do companheiro não foi percebida durante as entrevistas, sugerindo um perfil social no qual os homens ainda são os provedores do lar de forma absoluta, não podendo se afastar de suas atividades laborais, dificultando sua presença durante o processo do pré-natal. É importante que a participação efetiva dos companheiros seja incentivada pelas eSF. A oferta de comprovantes de comparecimento às consultas, que abonem sua ausência no trabalho, deve ser oferecida para que o companheiro não sofra sanções em seu serviço, bem como o esclarecimento de todo o processo por qual a mulher está passando, de forma que o homem se enxergue como parte integrante dele, acentuando a relação de cumplicidade entre o casal.

No que diz respeito à rede secundária, os profissionais mais mencionados foram o enfermeiro e o médico, com os quais as relações de vínculo e confiança se mostraram sólidas, sendo reconhecidos por parte das gestantes o máximo de esforços destes profissionais para proporcionar o melhor atendimento possível dentro de um contexto precário.

Em relação aos capitais em jogo, destaca-se a influência do capital cultural dos profissionais de nível superior citados neste estudo que, por meio do capital em estado institucionalizado, são reconhecidos por compartilharem seus conhecimentos proporcionando uma assistência de qualidade.

Ao contrário do que está preconizado nas políticas da APS no Brasil, o ACS não surgiu como um elo entre equipe e paciente ou figura participativa e influente nos percursos percorridos pelas gestantes. Elas demonstraram pouco ou nenhum vínculo com os agentes de suas equipes, restando para estes um perfil burocratizado aquém de suas atribuições. O fato do ACS aparentemente não estar exercendo com afinco seu papel frente à comunidade, coloca em jogo seu capital social e o enfraquecimento da rede já que deixa de atuar como “elo”.

Ao estar presente no território, o ACS precisa ultrapassar a barreira do modelo biológico, olhando para o usuário sobre a perspectiva biopsicossocial, cultural, socioeconômica, não focando apenas na doença e se tornar um mero marcador de consultas.

É necessário que os gestores responsáveis pela ESF revejam o modelo de trabalho vigente nas unidades, retirando os agentes de funções que não são de sua competência, visando à articulação e a busca para a retomada de ações que resgatem a figura do ACS como membro importante da equipe e representante da unidade de saúde na comunidade.

As falas das entrevistadas revelaram também um perfil de escassez e centralização de serviços necessários durante o pré-natal no município. Esta falta dificulta o acesso das pacientes, interfere no acompanhamento clínico, além de gerar insatisfação e falta de credibilidade em relação aos serviços prestados pelo SUS, fazendo que recorram à rede privada demandando recursos financeiros que por diversas vezes não dispõe.

É necessário que o município repense seu papel e reveja suas responsabilidades no que diz respeito à estrutura e organização dos serviços prestados ao usuário. A realização de exames com maior periodicidade nas próprias unidades, além da marcação deles no próprio local da consulta, é capaz de reduzir a espera pelos resultados bem como a peregrinação das pacientes na busca de um serviço.

O entendimento das noções de capital cultural e capital social auxiliou na revelação dos comportamentos de conformismo e visão das mulheres entrevistadas, que demonstram pouca participação social em relação à saúde de sua comunidade.

Pretende-se divulgar os resultados deste estudo de forma impressa, para o gestor de saúde do município, bem como para as unidades onde ocorreram as entrevistas. A finalidade é de reforçar a importância da pesquisa acadêmica e de como seus achados podem contribuir para uma gestão mais eficaz.

Por fim, este estudo contribui para o campo da enfermagem e da Saúde da Família, quando fundamenta e demonstra o enfermeiro como profissional qualificado, detentor de capital cultural e capaz de atender às expectativas do público alvo deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. N. et al. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** [en linea], v. 3, n. 4, p. 1935-1946, Abril - Junio 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750888027>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- ANDRADE, D. M. C; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem - **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852-825, nov./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n6/v23n6a21.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.
- ANDRADE, F. M.; CASTRO, J. F. L.; SILVA, A. V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 2377-2388, set./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1015/1170>>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2018.
- AZEVEDO, M. A. J. **Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- BANDEIRA, B. C. **Participação popular e controle social da Unidade Básica de Saúde Fazenda Itajubá no município de Novo Lino - Alagoas: uma proposta de intervenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. 18f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Alagoas, 2014.
- BAREL, Y.; CAUQUELIN, A. *Concepts transversaux*. In.: SFEZ, Lucien. **Dictionnaire critique de la communication**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993. p.179-290, v.1.
- BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Analyzing social network**. Sage, 2018.
- BOURDIEU, P. **A Distinção: Crítica Social do Julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2. ed, - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BOURDIEU, P. **O campo científico**. In: Ortiz, R. (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. **O capital social - notas provisórias**. In: CATANI, A. & NOGUEIRA, M. A. (Org.). Escritos de Educação. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

BOURDIEU, P. **Os três estados do capital cultural**. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Org.). Escritos de Educação, 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 2001, pp.73-79.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996.

BOURDIEU, P. et al. **A Miséria do mundo**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32\\_prenatal.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51p.: il. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BRIENZA, A. M; CLAPIS, M. J. Acesso à assistência pré-natal prestada pela rede básica de saúde de Ribeirão Preto: análise do atendimento recebido por um grupo de mulheres. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. Proceedings online... **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**, Disponível em:

<[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000200011&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200011&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CASTRO, D. M. C. L.; ORNELAS, R. H.; GERALDO, D. C. **Ampliação do acesso na atenção básica à saúde no município de São Paulo** - um sonho possível. Santos; SMS; 22 mar. 2017. 2p.

CORDEIRO, J. C. Redes Sociais e Saúde. **REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales**. Vol.12, #10, Junio 2007. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

COSTA, A. F. A. **Análise das redes sociais nas ações de acompanhamento da tuberculose**. Fortaleza, 2016. 112 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Ceará, 2016.

COSTA, S. L; MENDES, R. **Redes Sociais Territoriais**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2014. 232 p.

COSTA, A. F. A. **Análise das redes sociais nas ações de acompanhamento da tuberculose**. Fortaleza, 2016. 112 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2016.

COUTINHO, E. C. et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 17-24, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000800017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CRUZ, R. S. B. L.C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **R bras ci Saúde** 18(1):87-94, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

DAVID, H. M. S. L. **Educação em Saúde e o Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**. In: MIALHE, F. L. O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Campinas: Editora Unicamp, 2011. 152 p.

CADERNOS de Informações de Saúde, Rio de Janeiro. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>>. Acesso em 17 jun. 2017.

DEMARCHI, R. F.; NASCIMENTO, V. F.; BORGES, A. P. et al. Percepção de Gestantes e Puérperas Primíparas Sobre a Maternidade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(7):2663-73, jul., 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32332>>. Acesso em: 08 set. 2018.

DICIONÁRIO Aurélio de Português Online – DA. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/rede>>. Acesso em: 20 maio 2017.

DUARTE, S. J. H; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 jan/abr; 4(1):1029-1035. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm**, 64(5): 849-56, Brasília set-out, 2011.

FERNANDES, B. B; NUNES, F. B. B.F; PRUDÊNCIO, P. S; MAMEDE, F. V. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev Gaúcha Enferm.** 2015;36 (esp):192-9. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/56792/36795>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 15(3):241-248, maio/jun., 2006. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1115/1090>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

FERREIRA, T. N. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres - MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.05, Nº. 02, Ano 2014 p.337-45. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22769>>. Acesso em: 07 Jul. 2018.

FIALHO, J. **Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais.** Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXIX, 2015, p. 59-79.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde.** Angélica Ferreira Fonseca. 2013. 233 f. : tab. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, J. S. A. **Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro.** 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2017.

GERHARDT, T. E; SANTOS, D. L. Condições de vida, redes e apoio social na procura por serviços de saúde. **Rev. APS.** 2012 jul/set. 15(3): 245-268.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2018.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(5):e00110417. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

HASS, C. N; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(3):22-30.

HAYTHORNTHWAITE, C. *Social Networks and information transfer*. **The Encyclopedia of Library and Information Science**. Bates, M; Maack, M. (Eds.). NY: Taylor & Francis, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consulta a dados sobre o município de Queimados. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rj/queimados/panorama>>. Acesso em: 17 de jun. 2017.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D; MARCON, S. S. Rede social durante a expansão da família. **Rev Bras Enferm** 2007, mar-abr; 60(2):184-9. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019613011.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MARTELETO, R.M. **Informação, Rede e Redes Sociais - Fundamentos e Transversalidades**. Inf. Inf., Londrina, v. 12, n. esp., 2007.

MARTELETO, R. **Análise de Redes Sociais - aplicação nos estudos de transferência da Informação**. Ci. Inf., Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

MARTELETO, R. M; PIMENTA, R. M. (Org.). **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. 01. ed. - Rio de Janeiro: Garamond, 2017. 370 p.; 21 cm.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. **A metodologia de análise de redes sociais (ARS)**. In: VALENTIM, M. L. P. Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação. São Paulo: Polis, 2005. Cap. 4, p. 81-100.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MEIRELES, A.; COSTA, M. E. **A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê.** Psicologia, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 75-98, jul. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492004000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492004000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 dez. 2018.

MEDRONHO, R. A; et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Bourdieu e o Ethos Acadêmico.** In: MARTELETO, R. M; PIMENTA, R. M. Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação. 01. ed., Rio de Janeiro: Garamond, 2017. 370 p.

MINAYO, M. C. S. *Qualitative analysis: theory, steps and reliability.* **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abr. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

MOREIRA, C. O. F. **A Sociologia da Ciencia de Pierre Bourdieu:** Ferramentas e pontos de vista. In: MARTELETO, R. M; PIMENTA, R. M. Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação. 01. ed. - Rio de Janeiro: Garamond, 2017. 370 p.

MORGADO, R. **Mulheres/mães e o abuso sexual incestuoso.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2012. 240 p.

MOROMIZATO, M. S.et al. O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 497-504, Dec. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022017000400497&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400497&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov.2018.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL - ONUBR. OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>>. Acesso em: 03 set. 2017.

NASCIMENTO, D. M.; MARTELETO, R. M. *Social field, domains of knowledge and informational practice.* **Journal of Documentation**, v. 64 n. 3, p. 397-412, 2008.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018

PATIAS, N. D.; GABRIEL, M. R.; DIAS, A. C. G. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro**, v. 13, n. 2, p. 586-610, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/viewFile/8427/7322>>. Acesso em: 10 set. 2018.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 dez. 2018.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1710-1715, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 out. 2018.

PLUMMER, K. **Sociologia**. São Paulo: Saraiva, 2015, 232 p.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADOS 2018-2021 - PMS. Prefeitura Municipal de Queimados. Secretaria Municipal de Saúde de Queimados - SEMUS, 2017.

RAMOS, A. C. G. *Estresse e a enfermagem na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de intervenção*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cvsp-brasil--oai:ares.unasus.gov.br-acervo:ARES-5275>>. Acesso em: 02 set. 2018.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROLIM, A. C. A. *Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: considerações sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. [s.n.], 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2018. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/331702/1/Rolim\\_AnaCarineArruda\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/331702/1/Rolim_AnaCarineArruda_D.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SANTIAGO, C. M. C. et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**. 2017 jan/mar; 9(1):279-288. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

SANTOS, A. M. R. et al. Participação popular no processo de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **R. Interd.** v.6, n.4, p.132-141, out.nov.dez.2013. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/215/pdf\\_75](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/215/pdf_75)>. Acesso em: 8 ago. 2018.

SANTOS, C. W; FILHO, M. C. F. Agentes Comunitários de saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1659-1668, maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501659&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501659&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 set. 2018.

SILVA, T. F. ***O acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho: uma análise em duas unidades de atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro com modelos distintos de atenção***. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

SIMÕES, D. M. P; GARCÍA, F. (Orgs.). **A Pesquisa Científica como Linguagem e Práxis**. Rio de Janeiro: Dialogarts, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEVANIM, L. F. Pai que é pai: como a paternidade pode promover igualdade de gênero e melhores condições de saúde. RADIS 179 AGO/2017. **FIOCRUZ**. Disponível em: <<https://www.slideshare.net/Marcusrenato/radis-os-sentidos-de-ser-pai-cuidado-paterno-como-politicas-pblicas>>. Acesso em: 03 set. 2018.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M. e STOTZ, E. N. (Orgs.). Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré [online]. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.131-134, set., 2009. Acesso em: 12 dez. 2017.

SUMÁRIO Executivo da Pesquisa Nascer no Brasil. Série: Nascer no Brasil - Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, CCI/ENSP. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

TAQUETTE, R. S. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Atas CIAIQ2016**, v.2 (2016): Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

TOMAÉL, M. I; MARTELETO, R. M. Redes Sociais: posições dos atores no fluxo da informação. Enc. Bibli: **R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem., 2006.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2018.

VALENTIM, M. L. P. (Org.). **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 2005.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2018, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>>. Acesso em: 05 Jul. 2018.

VIELLAS, E.; et al. Assistência pré-natal no Brasil. In **Cad Saúde Publica** 30 (supl.1), 2014 pp. S85.

WACQUANT, L.; BOURDIEU, P. *Réponses - pour une anthropologie reflexive*. Éditions du Seuil, 1992.

WHO - World Health Organization. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization ISBN 978 92 4 154991 2, 2016.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, ste. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>>. Acesso em: 09 set. 2017.

ZUGAIB, M; FRANCISCO, R. P. V; CANÇADO, S. J. B. **Zugaib obstetrícia**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

**APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados****Roteiro de Entrevista Semiestruturada****Dados gerais**

Nome: \_\_\_\_\_

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Vive com: \_\_\_\_\_

Residência: alugada/ própria - água: encanada/poço Esgoto: tratado/não tratado

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalha: ( ) sim ( ) não

Gesta \_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Idade gestacional atual: \_\_\_\_\_

**Gestantes**

- 1) Conte-me sobre sua experiência sobre a marcação da sua primeira consulta de pré-natal nesta unidade (informações prestadas, atendimento, quem marcou, como foi acolhida).
- 2) Quais profissionais da saúde você mantém contato durante o seu acompanhamento de pré-natal? E como é esta relação?
- 3) Quais encaminhamentos você recebeu para demais especialidades da área da saúde durante o seu pré-natal (dentista, nutricionista, psicólogo, psiquiatra)? Você foi? Por que (caso não tenha ido)?
- 4) Quais os serviços necessários você consegue encontrar dentro desta unidade para o seu acompanhamento pré-natal? E quando não consegue, como procede?
- 5) Quais as principais dificuldades/facilidades em relação ao acesso aos serviços você tem encontrado durante o pré-natal no município?
- 6) Quando você tem dúvidas em relação à gestação a quem/quê você recorre? Cite as pessoas a quem mais você recorreu até o momento durante o pré-natal.
- 7) Você pode descrever o seguinte para cada contato que você menciona?
  - História e frequência de interação?
  - Natureza do relacionamento?

- Como esse contato influencia no seu pré-natal?
  - Por que você escolheu esses contatos?
- 8) Qual a sua opinião sobre a forma como está sendo realizado seu pré-natal? Fale um pouco sobre a percepção que você teve até o momento.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Redes sociais de gestantes de risco habitual: a influência das relações na atenção pré-natal**”, desenvolvida pela aluna de mestrado do Programa de pós- Graduação da Faculdade da UERJ sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David. A pesquisa tem como objetivos: analisar as redes sociais das gestantes acompanhadas por uma equipe da ESF no município de Queimados; descrever as configurações das redes sociais das gestantes acompanhadas em uma Clínica da Família durante o cuidado pré-natal; compreender as formas e processos pelos quais se constituem e operam as redes sociais das gestantes no cuidado pré-natal. Participarei concedendo uma entrevista que durará cerca de 30 minutos. Esta será gravada em áudio, por meio de um gravador, os dados obtidos serão guardados e após cinco anos do término da pesquisa, destruídos. As minhas falas e respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o meu nome. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. Todos os meus dados serão mantidos em sigilo. Conheço que a minha participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, poderei retirar-me da pesquisa sem que me seja gerado qualquer constrangimento ou dano. Esta pesquisa não apresentará riscos à minha integridade física, social ou moral, pois a qualquer momento poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta ou deixar de participar sem prejuízo além disso, não será realizado nenhum tipo de procedimento de avaliação ou tratamento. Mas algumas perguntas poderão causar desconforto. Os benefícios serão a ampliação do conhecimento sobre a importância das redes sociais durante o cuidado pré-natal. Caso eu queira tirar alguma outra dúvida ou solicitar algum esclarecimento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável a qualquer momento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UERJ.

Concordo em participar voluntariamente neste estudo e declaro que todas as minhas dúvidas foram respondidas. Embora concordando em participar, não estou desistindo de nenhum direito.

Rio de Janeiro, de de 2018

Eu, \_\_\_\_\_ concordo voluntariamente  
em participar deste estudo.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Tatiana Cabral da Silva Ramos:** \_\_\_\_\_

**Contato com pesquisador:**

Tatiana Cabral da Silva Ramos (21)98827-2488

Av Vicente de Carvalho, Vila da Penha,

Rio de Janeiro, RJ - Email: [taticabralsilva@hotmail.com](mailto:taticabralsilva@hotmail.com)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524. Sala 3020, bloco E, 3o andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ,

**ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará

**Pesquisador:** Helena Maria Scherlowski Leal David

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33423114.9.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 728.664

**Data da Relatoria:** 24/07/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de redes sociais no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica em municípios do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisadora utiliza abordagem metodológica extensa, com análise estrutural de redes sociais, combinada a uma abordagem qualitativa de profundidade, de cunho etnográfico. Serão incluídos serviços da Atenção Básica, incluindo Unidades de Saúde da Família ou outras modalidades de municípios de pequeno, médio/grande porte de todas as Regiões Fluminenses. Os sujeitos serão os enfermeiros que atuam nessas unidades, e informantes identificados por eles, sendo previsto um total de 70 sujeitos para a fase de análise estrutural de redes sociais. A etapa qualitativa prevê entrevistas individuais em profundidade, com base em uma abordagem etnográfica, com 6 a 12 e até 24 informantes

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as redes sociais que se produzem no trabalho de enfermeiros da Atenção Básica, estabelecendo a posição e o papel desse e dos demais profissionais e atores sociais na efetivação do acesso a linhas de cuidado em saúde, neste nível de atenção, e na média e alta complexidade. Objetivos específicos: Caracterizar as relações em rede nas equipes da Atenção Básica e desta com os níveis de média e alta complexidade nos municípios, evidenciando a participação do enfermeiro; Estabelecer a configuração das redes sociais institucionais segundo a análise estrutural

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018

**Bairro:** Maracanã

**CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180

**Fax:** (21)2334-2180

**E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 728.664

de redes, com medidas de centralidade e posição dos enfermeiros e demais atores sociais; Compreender as formas e processos pelos quais se constituem e operam as redes sociais, os significados e sentidos a esta conferidos, e as mediações sócio-culturais e políticas envolvidas, a partir de uma abordagem etnográfica; Identificar e estabelecer a configuração de outras redes sociais, extra institucionais, de acordo com os dados da pesquisa; Analisar redes de apoio

social de participação comunitária e seu papel na efetivação do acesso em saúde; Subsidiar discussões das equipes profissionais e a elaboração de fluxos para ampliação do acesso nas linhas de cuidado; Divulgar os resultados obtidos para a categoria de enfermeiros e demais profissionais, de acordo com as condições locais, como forma de contribuir com os processos de educação permanente no trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos diretamente envolvidos. Segundo a pesquisadora, a descrição das atividades de trabalho no setor saúde pode gerar algum desconforto em alguns sujeitos, que serão alertados para a opção de manter-se ou não no estudo.

As contribuições esperadas incluem a integração disciplinar das áreas da Enfermagem e da Ciência da Informação, a produção de conhecimentos sobre a atuação dos enfermeiros na mediação de redes sociais no SUS e na efetivação do acesso, além da formação de recursos humanos em pesquisa e produção de publicações, relatórios e outras sistematizações acadêmicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa relevante para o campo da saúde coletiva cujo objeto é o processo de trabalho do enfermeiro e outros atores no contexto da atenção primária de saúde. Contempla dois estados brasileiros bastante significativos em se tratando da conformação da estratégia saúde da família.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta título, resumo, justificativa, objetivos, métodos, população estudada, cronograma, orçamento e referências bibliográficas. A folha de rosto foi corretamente preenchida e está assinada, o cronograma está adequado, o TCLE está redigido em linguagem clara. A pesquisa atende as recomendações da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Não há.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018**Bairro:** Maracanã**CEP:** 20.559-900**UF:** RJ**Município:** RIO DE JANEIRO**Telefone:** (21)2334-2180**Fax:** (21)2334-2180**E-mail:** etica@uerj.br

## ANEXO B – Solicitação para realização de pesquisa



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

CI ENF Nº 027 / 2018

Rio de Janeiro, 01 de fevereiro de 2018.

*À Coordenação de Atenção Básica*

*Assessora Técnica da Atenção Básica: Daniele Cristine Pinto*

**Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa**

Prezada Senhora:

Solicitamos autorização para que a mestrand *Tatiana Cabral da Silva Ramos*, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, possa coletar dados no âmbito dessa instituição, conforme informações abaixo, a fim de realizar o trabalho científico previsto para a conclusão do curso.

Informamos que o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e que o parecer emitido será apresentado oportunamente.

Título: Redes sociais de gestantes de risco habitual: a influência das relações na atenção pré-natal;

Método Utilizado: Entrevista semi-estruturada;

Tipo de pesquisa: Qualitativa

Técnica de análise: Análise de Conteúdo

Período: fev/2018 a mai/2018

Certos da colaboração de V.S<sup>a</sup>, apresentamos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

  
Norma Valéria Dantas de Souza  
Diretora da Faculdade de Enfermagem  
ID 25.549.552-6

  
DANIELE CRISTINE PINTO  
Matr. 10235/02 PMQ - SEM03

/cesl

FACULDADE DE ENFERMAGEM  
Boulevard 28 de setembro, 157 – 7º andar – Vila Isabel – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.551-030  
Telefone: (21) 2868-8236 / 2334-2074