

Atravessamentos de Gênero na implementação da Estratégia Rede Cegonha na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Gender crossings in “Rede Cegonha” Strategy implementation at IIth metropolitan district of Rio de Janeiro state

Maria Martha de Luna Freire

Professora da Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. Departamento de Planejamento e do Mestrado em Saúde Coletiva da UFF

Loanda Oliveira Fukuma

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Michele Agostinho Condé

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Resumo

O artigo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa exploratória que envolveu profissionais de saúde que atuam na implementação da Estratégia Rede Cegonha na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. A pesquisa ocorreu *pari passu* à Ação de Extensão “Rede Cegonha: uma proposta interinstitucional de Educação Permanente”, realizada por docentes e técnicos da Universidade Federal Fluminense, com fins de qualificação da assistência materno-infantil nessa região. A metodologia incluiu análise documental da Estratégia, observação participante das atividades da Ação de Extensão, e aplicação de entrevista com os Coordenadores Municipais de Educação Permanente, visando identificar concepções dos profissionais de saúde sobre gênero e refletir sobre seus impactos nas ações de assistência realizadas no âmbito da Rede Cegonha. Os resultados indicaram que a assistência é guiada exclusivamente por concepções e subjetividades individuais prévias dos profissionais, apontando a necessidade de ações de Educação Permanente em Saúde que propiciem a re-elaboração coletiva de conceitos e práticas, com fins de reduzir as iniquidades e garantir o acesso a boas práticas de cuidado materno-infantil.

Palavras-chave: Gênero e saúde; assistência materno-infantil; Educação em Saúde.

Abstract

The paper features the results of an exploratory qualitative research with health workers in Rede

Cegonha Strategy implementation at 11th metropolitan district of Rio de Janeiro state. The research was developed *pari passu* to an Extension Action named “Rede Cegonha: uma proposta interinstitucional de Educação Permanente”, performed by technicians and professors from Universidade Federal Fluminense, which aimed to qualify mother and child health assistance in that region. The methodology included documental analysis, participant observation and interview with the Permanent Education Coordinators, for purposes

of identifying professionals' conceptions about gender and its impacts in health assistance. The results showed that the assistance was guided only by previous conceptions and subjectivities of these professionals, pointing out the necessity of health permanent education actions to support a collective re-elaboration of concepts and practices, to reduce inequities and ensure the access to good practices of mother and child care.

Keywords: Gender and health; mother and child care; health education.

Introdução

O impacto de atravessamentos de gênero na assistência à saúde é amplamente reconhecido pela literatura.^{1,2,3} No Brasil, em particular, diferenças no acesso e na maneira como são organizados e ofertados os serviços de saúde podem agravar iniquidades sociais.

A inserção pioneira do enfoque de gênero em políticas públicas ocorreu no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).⁴ Considerado um marco na saúde das mulheres, o PAISM pretendia superar a visão reducionista e delimitação “materno-infantil” das práticas assistenciais, e estender os cuidados para além da função reprodutiva das mulheres,⁴ mas foi parcialmente implementado. Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) incorporou o arcabouço conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçou a necessidade de ações dirigidas às iniquidades de gênero, como determinante social relevante do processo saúde-doença. A

Atenção Básica (AB) seria o locus preferencial de intervenção, articulada a ações intersetoriais e integração entre assistência e vigilância sanitária.⁵

Sabe-se que na estrutura das sociedades capitalistas, a divisão sexual do trabalho, com separação e hierarquização de papéis⁷, promove distribuição e acesso desiguais a direitos e recursos em geral, e na saúde, em particular. No Brasil, as desigualdades de gênero remetem ainda ao patriarcalismo, resultando em relações de dominação masculina e subordinação feminina, seja na esfera pública ou privada.

Portanto, quando uma política pública incorpora o conceito de gênero, espera-se reverter esse quadro, por meio da promoção de equidade, com atenção às necessidades singulares de homens e mulheres. De outro lado, analistas do campo das políticas públicas reconhecem que sua implementação não se

efetiva por execução automática dos princípios formulados. Para Baptista e Rezende⁸, esta ocorre por ciclos, nos quais os agentes implementadores contribuem para determinar novas configurações e práticas conforme seus conhecimentos e subjetividades. Assim, tanto valores e crenças individuais como institucionais podem influenciar o resultado de uma política no que se refere ao fortalecimento ou atenuação de assimetrias de gênero.

Este artigo apresenta resultados da pesquisa qualitativa exploratória que envolveu profissionais de saúde implementadores da Estratégia Rede Cegonha (RC) na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro (Metro II). A pesquisa se deu *pari passu* à Ação de Extensão “Rede Cegonha: uma proposta interinstitucional de Educação Permanente”, executada por técnicos e docentes da UFF para qualificação da assistência materno-infantil.

A metodologia envolveu análise documental, observação participante da Ação de Extensão e entrevista com Coordenadores Municipais de Educação Permanente, visando identificar concepções dos profissionais de saúde sobre gênero e refletir sobre seus impactos nas ações de assistência no âmbito da RC. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da UFF.

Rede Cegonha: limites e possibilidades

A Estratégia Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde (MS)⁹, é continuidade dos esforços governamentais para melhoria da

assistência materno-infantil, marcada por taxas elevadas de mortalidade materna e neonatal, em particular no Norte e Nordeste.^{9,10,11}

Analisando esses indicadores entre 1977 e 2005, Neto et al.¹² verificaram que enquanto a mortalidade neonatal vinha caindo gradativamente, refletindo adequação de programas anteriores e expansão da assistência, as taxas de mortalidade materna mantiveram-se inalteradas. Observaram ainda que a parcela de gestantes totalmente desassistidas no pré-natal também não sofreu alterações no período. Contraditoriamente, o percentual de gestantes com mais de sete consultas de pré-natal havia aumentado significativamente, demonstrando que maior quantidade de consultas não garantia maior qualidade de atenção. Os autores concluíram que a queda da mortalidade neonatal e a estagnação da mortalidade materna refletiam a desigualdade na assistência, com ênfase no recém-nascido, e que programas voltados especificamente para a mulher não provocaram mudança significativa dos indicadores, inspirando a formulação de outras iniciativas.

A Rede Cegonha propõe um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, por meio do estabelecimento de uma rede de cuidados à mulher, durante e após a gestação, e à criança até dois anos. Operacionalizada pelo SUS, fundamenta-se nos princípios da humanização e qualificação da assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm algumas garantias asseguradas, como: acesso,

acolhimento e pré-natal de boa qualidade; parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção e com acompanhante de livre escolha; vinculação à unidade de referência para assistência ao parto; transporte para o pré-natal e o parto; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; acesso ao planejamento reprodutivo (Ministério da Saúde¹⁷).

Para auxiliar no desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal, é prevista a criação de Centros de apoio que atuariam em conformidade com as diretrizes da Política de Humanização e da Política de Educação Permanente, refletindo a indissociabilidade entre formação e trabalho.¹⁸ Outro diferencial é a perspectiva de trabalho em rede: os "pontos de atenção" devem estar conectados e funcionando em rede, minimizando a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência, e visando a garantia de integralidade e efetividade da assistência.¹⁹

A implantação da RC trouxe expectativas de reversão do cenário caracterizado tanto pelo baixo acesso a cuidados pré-natais e hospitalares de qualidade quanto por um modelo tecnocrático de assistência com excessiva medicalização¹⁶, quadro definido por Diniz²⁰ como "paradoxo perinatal brasileiro". Suscitou também interpretações divergentes, como um recuo nas lutas e conquistas das últimas décadas e um retorno ao paradigma maternalista, ignorando as diversidades de expectativas existenciais femininas^{21,22}, e ameaça de tutela e vigilância dos corpos.²³

Atravessamentos de gênero na Rede Cegonha

Os resultados da observação da Ação de Extensão e das entrevistas foram submetidos a análise de conteúdo e reunidos em três grupos temáticos principais, com foco: nas concepções de gênero dos participantes; nas práticas cotidianas de cuidado; e nas relações de trabalho, e analisados quanto aos possíveis impactos na implementação da RC naqueles municípios.

Identificando e problematizando concepções de gênero

Com fins de identificar as concepções de gênero dos trabalhadores, tornar inteligíveis as consequências das relações de gênero na vida pessoal e profissional e estabelecer um ponto de partida para o desenvolvimento da Ação de Extensão, realizou-se dinâmica específica na recepção do grupo. Foram distribuídos cartões onde cada um(a) anotaria de um lado, seu nome, e de outro, duas características pessoais que considerasse ser uma feminina e uma masculina (esses cartões seriam posteriormente utilizados como crachás de identificação e também base para as atividades subsequentes).

A apresentação individual incluiu menção a essas características. Percebeu-se que a maioria se encaixava em padrões estereotipados de comportamento atribuídos à natureza de homens e mulheres. Assim, "paciente", "emotiva" e "compreensiva" foram alguns atributos ditos femininos, enquanto "agressivo", "objetivo" e "exigente"

pertenceriam ao mundo masculino. A qualidade de “provedor” foi associada ao gênero masculino mesmo por mulheres que se reconheciam como provedoras em suas próprias famílias.

Os participantes não questionaram a provocação inicial e mantiveram como ponto de referência a existência de dois gêneros opostos e distintos, ratificando representações do senso comum de oposição binária fixa e atemporal, vinculada à dimensão sexual biológica. No entanto, instigados, passaram a problematizar tais pressupostos de gênero, rejeitando sua essencialidade e admitindo a influência de fatores sociais, familiares, religiosos, e outros.

Na tentativa de desnaturalizar essa divisão binária, rígida e imutável, as coordenadoras apresentaram autores clássicos dos estudos de gênero. Destacou-se a definição de gênero de Joan Scott, como uma categoria social aplicada às diferenças percebidas entre os sexos, uma construção sociocultural, dinâmica e histórica, e “uma forma primária de dar significado às relações de poder”⁶.

O desenvolvimento de uma construção de Linha da Vida revelou maior potencial problematizador. Os participantes registraram em um painel frases que retratavam momentos de suas trajetórias pessoais e profissionais onde identificaram influência, positiva ou negativa, das configurações sociais de gênero:

“Renunciei à profissão para criar meu filho”;

“Meu pai queria que eu fizesse formação de professora e não enfermagem, porque eu não podia trabalhar 24 horas!”

Homens também relataram constrangimentos no âmbito familiar, como escolher um curso de enfermagem “mesmo sabendo dos preconceitos ligados à profissão para um homem”. As falas de um lado refletiram como o gênero é um elemento constitutivo e delimitador da seleção e de formação profissional, como também confirmaram o lugar privilegiado da família na produção e ratificação de percepções e normas de gênero. Alguns referiram a obrigação de assumir o papel de provedores pela morte ou separação dos pais, e como isso modulou a realização de suas aspirações. Em sentido inverso, muitas mulheres foram “naturalmente” encaminhadas como cuidadoras dos pais na doença ou velhice, restringindo suas oportunidades de trabalho ou levando-as a acumular funções semelhantes na vida pessoal e profissional.

Gênero e práticas assistenciais:

Naquele momento inicial não foram espontaneamente mencionadas pelos participantes quaisquer possíveis conseqüências de suas concepções pessoais na assistência. Entrevistas com os Coordenadores Municipais de Educação Permanente mostraram que eles reconhecem o impacto potencial de atravessamentos de gênero na assistência, porém não souberam especificar. De forma geral, negavam qualquer

discriminação por parte dos profissionais de saúde, ou transferiam a responsabilidade para os usuários dos serviços, culpabilizando-os: “eles [os homens] não entendem o que é a sensibilidade do momento do parto, ou a sensibilidade que é no momento da gestação”.

As poucas alusões a questões de gênero vivenciadas nas unidades foram vinculadas a situações “desviantes”, como casais homoafetivos, geradores de constrangimentos. Foram perceptíveis os embaraços para manejar casos “fora da norma”, revelando como os serviços de saúde não estão preparados para acolher pessoas que não se encaixem na moldura binária, contribuindo para aumentar sua vulnerabilidade social e impedindo a garantia de direitos. O desconforto dos participantes gerado pela constatação da falta de recursos/competências individuais e institucionais para dar conta de desafios como este citado foi o gatilho para despertar o interesse em estabelecer ambientes de discussão sobre questões de gênero e saúde.

Questionados, os coordenadores de educação permanente admitiram não haver em seus municípios espaços sistemáticos de reflexão sobre o tema, resultando em condutas vinculadas apenas às subjetividades individuais e à experiência de cada profissional. Afirmaram que algumas ações de capacitação visavam situações específicas, como gravidez na adolescência.

Quanto à garantia de presença do pai ou outro acompanhante no pré-natal e na sala de parto,

vários participantes assumiram resistência: “nós como profissionais criamos essas barreiras.” Um deles relatou que o pai é tão pouco visto e requisitado na maternidade de seu município, que “quando manda chamar o pai é por que o bebê está morrendo”. Insatisfeitos com tal realidade e desafiados para buscar soluções coletivamente, construíram propostas criativas, que iam desde investimento em estratégias de acolhimento – “Depois que você coloca o pai para ouvir o batimento do bebê, ele quer voltar sempre” – até arregimentação dos homens nos locais de trabalho.

Contudo alguns profissionais deslocaram a responsabilidade pelo não cumprimento da norma para os próprios homens, por “desmaiarem” no momento do parto e pela relutância em buscar os serviços: “É ele que se auto-exclui do sistema de saúde”. Aspectos referentes à ambientação das Unidades foram apontados como fatores discriminatórios: “muito frufu, muito rosinha... isso limita a questão do sexo masculino estar chegando na unidade”. Cabe ressaltar que a realização do “pré-natal masculino” pode favorecer a aceitação de cuidados preventivos, aproveitando o momento supostamente mais sensível do casal face à chegada do bebê²⁵.

Relações de gênero e trabalho em saúde

Dada a centralidade e complexidade do trabalho na vida social, cabe refletir como os atravessamentos de gênero impactam sua organização e execução. No cenário brasileiro é

possível observar uma atualização da organização social patriarcal²⁶, com a prevalência de relações assimétricas e desiguais entre trabalhadores. O princípio da separação hierarquizada, com a destinação das ocupações de maior valor agregado aos homens⁷, assim como a dimensão de indissociabilidade entre a divisão sexual do trabalho, do saber e do poder²⁷, são visíveis nas relações entre profissionais de medicina e enfermagem, majoritariamente homens e mulheres, respectivamente.

A composição do grupo era emblemática, com 35 mulheres, majoritariamente enfermeiras, e apenas três homens (a escassa presença de médicos em atividades de qualificação costuma ser a regra). O que pode reforçar uma posição freqüente nas equipes, de subalternidade e submissão de profissionais da enfermagem à autoridade médica, minimizando a expressão de suas observações críticas e reduzindo a possibilidade de intervirem e transformarem as práticas de assistência. Quando questionados sobre isso, as respostas acionaram a ligação de mulheres com práticas de cuidado – remuneradas ou não –, naturalizando-a e ratificando o entrelaçamento da dimensão comportamental com a biológica.

Cabe lembrar que os espaços de atuação profissional, hierarquicamente delimitados e classificados, não impedem atitudes discriminatórias de mulheres frente a outras mulheres, sejam colegas de trabalho ou aquelas

que recebem seus cuidados, reproduzindo, no nível individual, relações sociais de gênero.

A dramatização de uma situação de assistência, proposta pelas coordenadoras, trouxe à tona tensões do ambiente de trabalho, possibilitando a identificação, problematização e tentativas de desnaturalização de certas práticas. A elaboração do roteiro e seleção dos personagens retratou as hierarquias existentes: “Você é a enfermeira e eu sou sua técnica; agora você é minha chefe.” Outros comentários enfatizaram disputas de poder no interior das equipes: “técnica é meio abusada, né?”; “técnica se mete em tudo...”. Já a ausência de um personagem médico no pré-natal foi justificada assim: “eles não são muito chegados ao pré-natal não...”.

O argumento acionado pode sugerir a imputação subjetiva de menor prestígio à assistência pré-natal no conjunto de práticas obstétricas, mas também a atribuição “natural” desse tipo de cuidado a profissionais de enfermagem, majoritariamente mulheres, destinando-se ao universo médico, predominantemente masculino, ações intervencionistas e/ou consideradas de maior complexidade. Ratifica-se assim uma concepção histórica que associa o trabalho feminino a qualidades inatas, ignorando sua dimensão técnica, e, portanto, desvalorizando-o.^{7,14}

Durante a encenação, a construção de relações de poder entre profissionais e clientela ficou expressa, como a falta de privacidade nas

consultas e a realização de exames sem autorização prévia. Críticas às mulheres pela não realização ou início tardio do pré-natal também fizeram parte do roteiro, o que pode ser compreendido no contexto da medicalização da gestação, mas pode representar tentativa de evitar considerações de interrupção da gravidez ou até mesmo saída voluntária do “circuito de regulação”, conforme apontado por Robles^{28:200}. As relações de poder ganharam maior visibilidade quando os profissionais assumiam personagens em posição inversa, ou seja, como usuários, gerando comentários do tipo: “o que nos afasta é o jaleco, esse poder enquanto profissional de saúde de proibir”, ou ainda: “para o hospital a enfermagem está sempre errada”.

Considerações finais

Os resultados encontrados sugerem que, apesar da RC incluir em suas diretrizes um enfoque de gênero, não há um detalhamento a esse respeito nas orientações organizacionais. Esse tema tampouco vem sendo objeto de iniciativas sistemáticas de capacitação nos municípios investigados, o que pode explicar as desigualdades de compreensão e reflexão menos superficial de conceitos e implicações das relações de gênero no trabalho cotidiano. Percebe-se que as ações assistenciais são guiadas exclusivamente por concepções e subjetividades individuais prévias dos profissionais. Essas concepções individuais, agrupadas nas equipes e mediadas pela organização dos serviços, vão produzir o trabalho real em saúde, e, portanto,

impactar diretamente no reforço ou superação das assimetrias e iniquidades de gênero.

Reconhece-se que a RC está em processo de implementação, por conseguinte demanda ações contínuas de educação que visem a progressiva problematização, desestabilização e/ou desconstrução de crenças e atitudes não alinhadas com a proposta, e re-elaboração coletiva de conceitos e práticas. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde, ao operar com o questionamento crítico e a produção de conhecimento a partir das vivências pessoais e profissionais dos atores envolvidos, mostra-se o caminho político-pedagógico mais adequado de enfrentamento da questão. Pois é no espaço cotidiano do trabalho em saúde que ganham maior potência e vitalidade os necessários mecanismos de desnaturalização e de transformação de certas práticas²⁹ e de reformulação da assistência como um todo.

Se os atravessamentos de gênero identificados podem prejudicar a oferta de serviços de qualidade para a população, repercutem também na efetivação da integração entre os diversos profissionais envolvidos. A divisão generificada do trabalho pode ocasionar a permanência de ações fragmentadas, pontuais e desarticuladas, resistentes a orientações normativas e a esforços de gestores, dificultando a realização da atenção interdisciplinar, e contribuindo para a fragilidade da rede como um todo.

Assim, se de um lado os resultados preliminares apontam pontos críticos e desafios, indicam

também a pertinência de investigações mais aprofundadas, em particular quanto ao impacto transformador do componente pré-natal no contexto de humanização do nascimento. Por fim, espera-se que essa pesquisa possa contribuir positivamente no processo de implementação da Rede Cegonha,

com fins de reduzir as iniquidades e garantir o acesso a boas práticas de cuidado materno-infantil. Almeja-se também estimular a incorporação de uma mirada de gênero tanto nos estudos acadêmicos no campo da saúde coletiva como na proposição de ações de intervenção nos sistemas e serviços de saúde.

Notas

¹ Partindo das proposições de Scott⁶, consideramos aqui gênero como uma categoria de análise relacional, dinâmica, aplicada às construções sociais, históricas e culturais das diferenças sexuais.

A Metro II inclui os municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá.

O relato crítico da Ação de Extensão encontra-se em Sally et al., 2017.¹³

Cabe ressaltar que o grupo materno-infantil vem sendo alvo prioritário de cuidados desde o século XIX, na esteira do movimento mundial de preservação da infância como garantia do futuro das nações, acentuando-se no século seguinte, em associação com o florescimento do ideário maternalista (Freire^{14,15})

No início da década de 2010, apesar de melhorias socioeconômicas e queda da fecundidade, a mortalidade materna no Brasil ainda se mantinha 3 a 4 vezes maior que em países desenvolvidos (Leal et. al.¹⁶)

Victora et al.^{11,32} ponderam que, embora as estatísticas oficiais mostrem uma estabilização na queda dos índices nos últimos quinze anos, estimativas apontam para uma redução de 4% da mortalidade materna.

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) é uma estratégia de transformação nas práticas do trabalho com base em reflexões críticas sobre a realidade dos serviços.²⁴

A lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, institui que “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.

Referências

¹ Denton M, Prus V, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 2004; 58: [2585-2600]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536/58/12>.

² Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (especial): 121-132.

³ Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (4): 997-1006.

⁴ Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*. 2004; 12(1): 360.

⁵ Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 2014 [acesso em 2017]; 19(11): [4457-4466]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013>.

⁶ Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. In: *Gender and the politics of history*. New York, Columbia University Press, 1989.

⁷ Kergoat D. As Relações Sociais de Sexo. In: *Divisão Sexual do Trabalho e Relações Sociais de Sexo* (trad. Miriam Nobre). In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H. & Senotier D (orgs). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Ed. UNESP; 2009.

- ⁸ Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011 [acesso em 20 de fevereiro de 2016]; [138-172]. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps
- ⁹ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- ¹⁰ Calderon IMP, Novaes MRCG, Viana RC. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde, 2011 [consulta em 2016]; 22: [141-152]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf.
- ¹¹ Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet [online], 2011 [acesso em 6 de abril de 2018]; Maio [32-46]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>.
- ¹² Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima, RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde e Sociedade. 2008; 17(2): 107-119.
- ¹³ Sally EOF, Freire MML, Ferreira HC, Berger SMD, Alvarez MM, Ribeiro CR. Articulando gênero e saúde: formação de profissionais no âmbito da Rede Cegonha. Demetra: alimentação, nutrição & saúde, 2017; 12(4): [921-937]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28661/22862>.
- ¹⁴ Freire MML. Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2008.
- ¹⁵ Freire MML. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. Cadernos de História da Ciência. 2011; 7(2): 55-70.
- ¹⁶ Leal M, et.al. Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. CCI/ENSP, 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
- ¹⁷ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- ¹⁸ Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS - Educación Permanente en Salud y PNH - Política Nacional de Humanización): por una manera de formar en el/para el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Interface. 2016; 20(59): 981-91.
- ¹⁹ Cavalcanti PCS, Gurgel JGD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis [online], 2013 [acesso em 10 de maio de 2018]; 23(4): 1297-1316. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.
- ²⁰ Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv. Hum. 2009; 19(2): 313-326.
- ²¹ Carneiro RG. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2013; 17(44): 49-59.
- ²² Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3):651-657.
- ²³ Correa S. Em nome do “maternalismo”, toda invasão de privacidade é permitida. 2012 [acesso em 23 de março de 2018]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/01/em-nome-do-maternalismo-toda-invasao-de-privacidade-e-permitida/>
- ²⁴ Ministério da Saúde (BR). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- ²⁵ Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. R. Pol. Públ. 2011; 15(2): 327-333.
- ²⁶ Santos MM. Igualdade nas Relações de Gênero na Sociedade do Capital: limites, contradições e avanços. Rev. Katálisis Florianópolis. 2010; 13(1): 11-19.
- ²⁷ Hirata HS. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. Tecnologia e Sociedade. 2010; 6(11).
- ²⁸ Robles AF. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. Civitas - Revista de Ciências Sociais [online], 2015 [acesso 28 de março de 2018]; 15 (abril-junho). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74241122002>
- ²⁹ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Submissão: 27/05/2018

Aceite: 14/01/2019