



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CLARIANA FERNANDES MUNIZ ROCHA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE
MATERNINFANTIL:
UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

Londrina
2016

CLARIANA FERNANDES MUNIZ ROCHA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE
MATERNAINFANTIL:
UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Melchior

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Rocha, Clariana Fernandes Muniz.

A Produção do Cuidado na Rede Maternoinfantil: : Um olhar para a atenção básica / Clariana Fernandes Muniz Rocha. - Londrina, 2016.
77 f. : il.

Orientador: Profª Drª Regina Melchior.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Cuidados em Saúde - Tese. 2. Atenção Básica - Tese. 3. Rede Maternoinfantil - Tese. I. Melchior, Profª Drª Regina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CLARIANA FERNANDES MUNIZ ROCHA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE MATERNOINFANTIL:
UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Elisabete de Fátima Polo de
Almeida Nunes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maria Lucia Silva Lopes
Secretaria Estadual de Saúde – Paraná
Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL

Londrina, 30 de agosto de 2016.

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar, a Deus;

Ao meu marido, Michel e a nosso filho

Pedro que chegou;

Aos meus pais, Meira e Josué;

A minha irmã Marina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho e incentivo, não tenho palavras para agradecer.

Ao meu marido, pela paciência, dedicação e amor, por compartilhar as noites em que fiquei acordada sempre me apoiando. A cada dia agradeço a Deus por tê-lo na minha vida.

À minha mãe, pelo amor e cuidado, sendo meu maior exemplo de mulher e mãe. Maior incentivadora dessa etapa da minha vida.

Ao meu pai, pelo apoio e incentivo.

À minha irmã, por compartilhar momentos de alegria e tristeza, mesmo vivenciando em sua vida uma etapa importante.

À Profa. Dra. Regina Melchior, orientadora que auxiliou neste caminho, agradeço a paciência e compreensão no decorrer de todo processo.

Às convidadas da banca avaliadora, as Professoras Elizabete de Fátima e Lucia Lopes, que auxiliaram no direcionamento do trabalho, sendo de muita importância para conclusão do mesmo, obrigada pelas observações e colocações, feitas com muita delicadeza e cuidado.

Aos amigos e colegas de trabalho que me auxiliaram e motivaram para conclusão desse trabalho.

Aos companheiros de Mestrado, por todos os momentos compartilhados.

Aos participantes da pesquisa, pela disposição e contribuições.

Enfim, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, neste sonho que virou realidade.

ROCHA, Clariana Fernandes Muniz. **A produção do cuidado na rede materno-infantil: um olhar para a atenção básica.** 2016. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2016.

RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde são estratégias para organizar as ações e os serviços, e procuram garantir um cuidado integral às condições de saúde da população. Considerando que o cuidar é central nos serviços de saúde, e que a produção do cuidado implica no modo de construção dos encontros entre profissionais e usuários, este trabalho teve como objetivo compreender o processo de produção de cuidado a partir dos olhares de usuários e de trabalhadores da saúde na Rede de Atenção Materno-infantil. Para tanto se desenvolveu uma pesquisa exploratória qualitativa. Em relação à escolha dos sujeitos da pesquisa, foi adotado um dispositivo metodológico denominado caso traçador. Neste estudo foi investigada a produção do cuidado a partir da trajetória de uma usuária gestante, durante o pré-natal ao parto. Foi realizado um total de oito entrevistas semiestruturadas, no período de agosto a setembro de 2015, com sete participantes, entre eles: a usuária, dois familiares, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. O trabalho de campo foi realizado no município de Londrina, em território de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Para a análise do material, produtos das transcrições das entrevistas, complementados com percepções descritas no diário de campo e nos documentos do caso traçador, foi utilizada a análise de conteúdo, resultando em três categorias. Na primeira categoria, O Cuidado na Percepção dos Usuários e Profissionais da Saúde, foram observadas as diferentes percepções do cuidado, tanto para quem cuida como quem é cuidado, e que para ambos o cuidado passa por conceitos como acolhimento e vínculo, mas também por acesso às tecnologias e insumos disponíveis para a assistência à saúde. A segunda categoria, A Compreensão dos Profissionais da Saúde e dos Usuários sobre a Rede Mãe Paranaense, em que a compreensão por parte dos profissionais da rede estudada mostrou que há diferentes apreensões, dependendo das inserções dos profissionais na equipe e do tempo de contratação, e por parte dos usuários nota-se o desconhecimento do tema. A última categoria, Experiência de Aurora na Rede Materno-infantil, foi encontrado que se seguiu todo o protocolo estabelecido para essa Rede, de consultas e exames. Porém, isso não foi suficiente para aliviar a angústia e o medo relacionados ao parto que a usuária sentia, recolocando os aspectos subjetivos das necessidades individuais e do cuidado. Também foi encontrado, que embora haja uma rede formal estabelecida, também existe uma rede viva, desenhada pelo usuário, na busca da resolução das suas necessidades. Por fim, olhar a necessidade do usuário, no interior dos protocolos e fluxos estabelecidos para as redes de atenção, permite a singularização da atenção e uma ampliação das possibilidades de cuidado.

Palavras-Chave: Cuidados em saúde. Atenção básica. Rede materno-infantil.

ROCHA, Clariana Fernandes Muniz. **Caregiving in mother and children health systems: a look at basic care.** 2016. 77p. Dissertation (Master's degree in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Health care systems are strategies to organize actions and services, and intend to ensure a wholesome caregiving to the population's health condition, considering that caring is in the chore of health systems, and that caregiving affects the way encounters between professionals and users are built. The aim of this study was to understand the caregiving process from the standpoint of users and health workers of the Mother and Children Health System. To this end, a qualitative exploratory survey was carried out. As to the defining of who would undergo the survey, a methodological process named Tracer Methodology Case Study was adopted. In this study, caregiving was assessed beginning at the path of a pregnant user from prenatal to birth. A total of eight semi structured interviews were carried out in the period from August to September, 2015, counting with seven participants, among whom: the user, two relatives, doctor, nurse, nurse assistant and community health agent. The field study was carried out in the city of Londrina, in the area of a Basic Health Care Unit (UBS, in Portuguese). For the analysis of the material, produced from the transcribed answers, completed with observations described in the field journal and in the documents of the Tracer Case, the content analysis was used, resulting in three categories. In the first category, Caregiving in the Perception of Users and Health Professionals, different perceptions as to caregiving were observed, both on the part of the caregivers and of those taken care of; we also observed that, for both, caregiving involves concepts such as welcoming and bonding, as well as access to the available technologies and resources for health assistance. The second category, The Understanding of Health Professionals and Users towards The Mothers of Paraná System, in which the understanding on the part of the professionals of the studied health system showed that there are different perceptions, depending on where the professional is working on the staff and on the time of service; as to the users, a lack of knowledge on the subject is perceived. In the last category, Aurora's Experience at the Mother and Children Health System, it was found that all the protocol established for this appointment and test system was appropriately followed. Nevertheless, this wasn't sufficient to minimize the anguish and fear related to childbirth felt by the user, once again bringing up subjective aspects of individual needs and cares. It was also found that, even though there is a formal established system, there is also a living system, brought about by the user in search of solution for their own needs. Finally, looking at the needs of users in the midst of protocols and established flows for health systems allows for individualized attention and widening of caregiving possibilities.

Keywords: Health CARE. Basic attention. Mother and children health system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Elementos das Redes de Atenção à Saúde	20
Figura 2 – Componentes da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde	21
Figura 3 – Mapas das Regionais de Saúde do Estado do Paraná	26
Figura 4 – Unidades Básicas de Saúde do Município de Londrina – Áreas urbanas: divisão por regiões	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Profissionais entrevistados.....	45
Quadro 2 – Conhecimento dos Profissionais da Saúde sobre a Rede Mãe Paranaense.....	55
Quadro 3 – Conhecimento dos Usuários sobre a Rede Mãe Paranaense.....	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação de Atenção Primária à Saúde (Paraná)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCG	Gonadotrofina Corônica Humana
HU	Hospital Universitário (Londrina)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAINP	Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIG	Teste Imunológico para Gravidez
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	19
2.1.1 Conceitos e Princípios da Rede Mãe Paranaense	22
2.1.2 Diretrizes da Rede Mãe Paranaense	24
2.1.2.1 Fluxo da gestante na atenção básica	24
2.2 O CUIDADO	27
2.2.1 Conceito	27
2.3 A PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	29
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 TIPO DO ESTUDO	33
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.4 ESCOLHA DOS PARTICIPANTES.....	35
4.5 TRABALHO DE CAMPO	36
4.6 ANÁLISE DO MATERIAL	38
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	41
5.1.1 Caracterização de “Aurora” – Caso Traçador	41
5.1.2 Família	43
5.1.3 Trabalhadores da Saúde	44

5.2	O CUIDADO NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE	45
5.3	A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DOS USUÁRIOS SOBRE A REDE MÃE PARANAENSE	53
5.4	EXPERIÊNCIA DE AURORA NA REDE MATERNOINFANTIL.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICES	69
	Apêndice I – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	70
	Apêndice II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	71
	Apêndice III – Termo de Confidencialidade e Sigilo	72
	ANEXO	74

APRESENTAÇÃO

Desde o início da minha formação no curso de Fisioterapia, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), me ocorria o pensamento em atuar na saúde pública. A primeira oportunidade que tive foi participar por três anos durante o curso de graduação, do projeto de extensão denominado Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário – PAINP.

Nesse projeto atuávamos semanalmente na comunidade em determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Londrina, e tínhamos como atividades propostas a realização de visitas domiciliares e realização do grupo de cuidadores na UBS local, atuando com docentes e discentes de vários cursos como: fisioterapia, medicina, enfermagem, serviço social, odontologia, entre outras. Esta vivência foi uma prévia da minha atual realidade em que atuo no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Concomitante ao projeto de extensão também participei em projeto de pesquisa, na temática de Ginecologia em Fisioterapia, e ainda no meu último ano de formação fui aluna do projeto piloto denominado Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica. Todas as experiências me proporcionaram embasamento e aprendizagem para execução de artigos, participação em eventos, produção de trabalhos e principalmente na minha formação profissional.

Logo em seguida à minha formação universitária, no ano de 2007, iniciei uma pós-graduação *Lato Sensu* em Recursos Terapêuticos Manuais e Postura, na mesma instituição de ensino, na minha área de conhecimento, a Fisioterapia. Neste mesmo ano, comecei a atuar na saúde pública, como profissional, fisioterapeuta do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2008, com a portaria do Ministério da Saúde que criava os NASF, passei a fazer parte de uma das dez equipes criadas no município de Londrina. Em 2009 comecei a trabalhar na prefeitura do município de Ibiporã também como fisioterapeuta do NASF e tenho a satisfação de contribuir com meu trabalho até hoje. Em 2009, senti a necessidade em me aprofundar nos temas de Saúde Pública, dando início assim a uma formação *Lato Sensu*, Especialização em Saúde Pública – Abrangência: Programa Saúde da Família, no Instituto de Estudos Avançados e Pós-Graduação (ESAP) das Faculdades Integradas do Vale do Ivaí – Univale.

Os anos seguintes foram de bastante trabalho e indecisões, uma vez que a forma de contratação dos profissionais do NASF nos municípios era instável. Durante este período foram realizados vários testes seletivos e concursos, para a manutenção dos empregos. Finalizado esse período e com estabilização profissional, senti a necessidade em me aprofundar e adquirir mais conhecimentos na área que escolhi e me identifiquei, a Saúde Pública, e me aventurei em uma formação *Stricto Sensu*, o Mestrado. A princípio tentei sem maiores expectativas, por não me achar qualificada o suficiente, mas com a resposta positiva, senti-me muito honrada em participar desta formação que tanto me faz crescer como profissional e como pessoa.

Para o desenvolvimento deste trabalho, fui convidada pela minha Orientadora Regina Melchior a participar do grupo de pesquisa – Trabalho e Cuidado em Saúde. Confesso que não fui muito presente devido às atividades profissionais que estou envolvida, porém mesmo com a minha pouca participação no grupo, foi de suma importância para o desenrolar deste trabalho, com as opiniões e contribuição dos demais participantes. Precisei me aproximar da metodologia qualitativa, que é outro modo de fazer pesquisa diferente do que já havia experimentado, das novas nomenclaturas e definições, antes completamente desconhecidas como *ferramentas, tecnologias, micropolítica, trabalho vivo e morto* e vários outros termos, e hoje tão familiares.

Durante todo esse processo ocorreu um período muito importante e singular na minha vida, a gestação e o nascimento do Pedro. Vivência que me modificou e influenciou durante a finalização do trabalho, uma vez que não tinha como falar sobre gestação, pré-natal, parto, cuidado e não me sensibilizar e influenciar.

Sendo assim, após descrever um pouco do meu percurso, este trabalho está estruturado em cinco capítulos:

- a Introdução como primeiro capítulo, enfatiza a “Saúde”, os conceitos e uma breve trajetória das últimas décadas em nosso país;
- o segundo traz o referencial teórico denominado como Revisão de Literatura;

- o terceiro informa os Objetivos da Pesquisa;
- o quarto descreve a Metodologia do Trabalho;
- o quinto capítulo, traz os Resultados encontrados e a Discussão dos achados;
- e, finaliza com as Considerações Finais, como o sexto capítulo.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata em 1978, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), enfatizou que saúde é um direito humano fundamental e conceituou como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978, p. 1).

Tema central da Conferência de Alma Ata, os cuidados primários de saúde foram descritos como:

Cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, [...] levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1).

A conferência expressava a necessidade de ação dos governos mediante adequadas medidas sanitárias e sociais, na promoção e proteção da saúde, para a realização da meta Saúde para Todos no Ano de 2000, a fim de minimizar as desigualdades existentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

No Brasil, durante a década de 1970, num contexto de transição política, em que o País estava em um processo de redemocratização, saindo da ditadura militar em busca da democracia, acontecia o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, caracterizada como um conjunto de ideias que tinham relação com mudanças e transformação na área de saúde, na busca de melhoria de condições de vida da população (COHN, 1989).

Esse movimento consolidou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco institucional para as reformas do setor com amplo debate nacional sobre as propostas da Reforma Sanitária. As deliberações da VIII Conferência subsidiaram o texto da nova Constituição Federal (1988) a respeito da saúde, em que foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), que posteriormente foi regulamentado pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a qual contemplou as principais diretrizes do SUS, tendo como base um conceito ampliado de saúde (PUSTAI, 2004).

Considerado como uma das maiores conquistas sociais, o Sistema Único de Saúde – SUS, é formado por um conjunto de serviços e ações prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000).

O SUS representa uma concepção acerca da saúde, centrado na prevenção e promoção. Para tanto a saúde é composta por um conjunto de bens como alimentação, trabalho, educação, lazer, moradia, entre outros (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, o SUS é uma política do estado brasileiro, que prioriza a melhoria da qualidade de vida, afirma o direito à vida e à saúde, e dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2010). Tendo como base o conceito ampliado de saúde, o qual se diferencia do conceito descrito anteriormente em Alma Ata, em que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e se aproxima da Declaração de Adelaide que apresenta uma descrição menos idealizada de saúde, em que:

“Saúde” é um conceito positivo, que enfatiza não só recursos sociais e pessoais, como também capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não está relacionada somente às responsabilidades do setor saúde, e vai muito além dos estilos de vida saudáveis, passando pelo bem-estar e por ambientes que incentivem a saúde (OMS, 2010, p. 3).

A Declaração de Adelaide foi elaborada pelos participantes do Encontro Internacional da Saúde em Todas as Políticas, que ocorreu em abril de 2010, evento este organizado pela OMS e o Governo do estado da Austrália Meridional, que teve como objetivo a identificação dos principais princípios e caminhos que contribuiriam com ações multissetoriais dos governos em prol da saúde. Pode-se observar como princípios a busca da justiça social e priorização da promoção da saúde, e para isso a utilização de diálogo com outros setores do governo como educação, planejamento, agricultura, entre outros, a fim de buscar a solução de problemas para melhorar as condições de saúde e ampliar o bem-estar da população (OMS, 2010).

A fim de alcançar melhores resultados em saúde diversos países, incluindo o Brasil, optaram por um sistema de saúde baseado na Atenção Primária (APS), já descrita na Declaração de Alma Ata (1978), como cuidados primários de Saúde. Evidências demonstram que 85% das necessidades em saúde podem ser respondidas pela APS (STARFIELD, 1994).

A terminologia Atenção Primária à Saúde é utilizada internacionalmente, e caracteriza-se por ser uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo de assistência, é também uma concepção e filosofia que permeia o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Segundo Paim (1998), em meados dos anos 80 ocorreu no Brasil uma diferente interpretação da APS, em vez de uma reorientação do sistema de serviços de saúde, a proposta de cuidados primários de saúde assumiu um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres, o que quer dizer estender os serviços médicos às populações marginalizadas do campo e da cidade (FONSECA SOBRINHO, 1984).

O Ministério da Saúde, a fim de diferenciar as duas propostas, passou a utilizar o termo Atenção Básica (AB), para diferenciar o sentido de medicina simplificada atribuída à APS (BRASIL, 2007). Ainda segundo Gil (2006), em seu texto salienta que o uso do conceito de Atenção Básica se inicia com a criação dos mecanismos financeiros e operacionais do SUS.

Uma vez que o Ministério da Saúde passou a utilizar o termo APS e AB como sinônimos, neste trabalho optou-se por utilizar o termo Atenção Básica, a fim de salvaguardar o sentido original do termo (BRASIL, 2012).

Em 2012, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, publica a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB/2012, descrevendo os princípios e diretrizes gerais:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 19).

Considerando os aspectos da Atenção Básica descritos na PNAB, destaca-se o conceito de Integralidade, um dos princípios do SUS, que está presente na Lei 8080, art. 7, como, “conjunto articulado e contínuo de ações e

serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4), um desafio permanente e dinâmico nos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Para tanto, já em 2010, o Ministério da Saúde, a fim de fomentar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, elabora o caderno sobre as Redes de Produção de Saúde, propondo dispositivos para a qualificação da atenção e da gestão do SUS.

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? [...] Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar etc. A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2010, p. 8-9).

No mesmo ano, por meio da portaria nº 4.279 de dezembro de 2010, foram estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No ano seguinte, o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual apresenta diretrizes para integralidade contidas na RAS, descreve que as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde são: atenção primária, atenção urgência e emergência, atenção psicossocial e acesso aberto. Podendo ainda os entes federativos criar novas Portas de Entrada, considerando as Regiões de Saúde, as quais são espaços geográficos constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Os sistemas integrados de saúde surgiram nos Estados Unidos na primeira metade da década de 90, dando origem às propostas de RAS as quais avançaram por outros países. No Brasil, Mendes (1998) mencionou que movimentos como as RAS eram imprescindíveis à concretização de uma forma de reengenharia do sistema de atenção à saúde. E em 2001, em outra publicação, tratou de uma proposta sistemática de construção de RAS no SUS (MENDES, 2011).

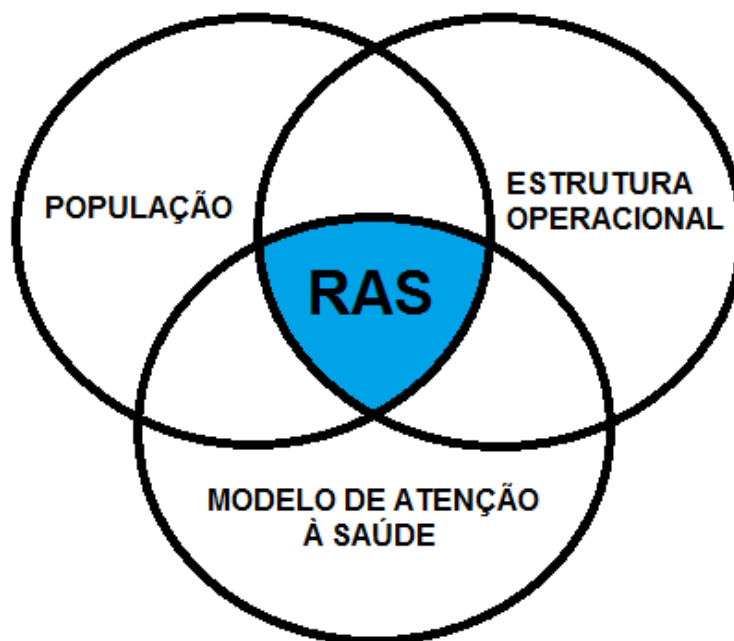
Mendes, em 2011, publicou pela OPAS, “As Redes de Atenção à Saúde”, em que descreveu diversas experiências exitosas ocorridas em diferentes estados brasileiros, em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas. A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou um posicionamento do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sobre RAS, que foi materializada na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (MENDES, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde é definida:

[...] como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...] Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção como centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde [...] (BRASIL, 2010 p. 4).

Segundo Mendes (2011), fundamentalmente as RAS são constituídas de três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

Figura 1 – Elementos das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: a própria autora

A população adscrita de um território sanitário é a característica essencial da RAS, pois sem ela não há possibilidade de uma rede ser implantada, sendo necessário que esta população seja conhecida e registrada. Outro elemento constitutivo da RAS é o modelo de atenção à saúde:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p. 209).

E o último elemento pertinente a uma RAS, é a estrutura operacional, formada por cinco componentes: APS; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; o sistema de governança (MENDES, 2011).

Figura 2 – Componentes da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 86.

A APS ou atenção básica é coordenadora dos fluxos do sistema de atenção à saúde, com capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS, enquanto os pontos de atenção secundária e terciária ofertam determinados serviços especializados, e se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas. Não há, entre eles, relações de subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS (MENDES, 2011).

Mendes (2011) descreve o terceiro componente da estrutura operacional da RAS como sendo os sistemas de apoio, os quais são lugares institucionais das redes que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde desde os campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica até os sistemas de informação em saúde. O quarto componente são os sistemas logísticos, os quais são soluções tecnológicas relacionadas às tecnologias de informação que garantem uma organização das informações de produtos e pessoas nas RAS, por exemplo: cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde.

Finalizando, os componentes da estrutura operacional da RAS, o Sistema de Governança descrito como arranjo organizativo que permite a gestão da rede, responsável por definir objetivos e metas a serem cumpridos, articular as políticas institucionais, monitorar e avaliar (MENDES, 2011).

É importante ressaltar que as RAS são alternativas para organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder às necessidades das condições de saúde da população brasileira (CONASS, 2012).

As redes de atenção seguem temáticas, organizadas de acordo com as necessidades das populações. No Brasil foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha (Rede Maternoinfantil), Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e ainda a mais recente Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (BRASIL, 2014).

Cada rede temática é formada por componentes específicos, no caso da Rede Cegonha possui: Atenção à Gestante no pré-natal, parto e nascimento, puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, sistema logístico com transporte sanitário e regulação. Esta rede foi pactuada em maio de 2011 (BRASIL, 2014).

Em consonância com o Ministério da Saúde a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, desde 2012, iniciou a implantação das Redes de Atenção à Saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial no Paraná (PARANÁ, 2013), entre elas a Rede Maternoinfantil que no estado do Paraná é denominada Rede Mãe Paranaense.

2.1.1 Conceitos e princípios da Rede Mãe Paranaense

A Secretaria de Estado do Paraná, em 2012, implantou a Rede Mãe Paranaense. Definida como prioritária, essa Rede de Atenção Maternoinfantil foi um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde de 2011 a 2014, que teve como seu documento norteador a Linha Guia – Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012).

Segundo Mendes (2011), no documento sobre as Redes de Atenção à Saúde, a Rede Mãe Paranaense foi pensada a partir da experiência exitosa do

programa Mãe Curitibana. O autor afirma que com a implantação da Mãe Curitibana ocorreu a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto.

Segundo a Linha Guia – Rede Mãe Paranaense:

As ações da Rede Mãe Paranaense envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete (07) consultas, a realização de 17 exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital, conforme o risco gestacional.

A Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Essa rede se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes:

- Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida;
- Atenção Secundária, com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional (Centro Mãe Paranaense);
- Atenção Terciária, com a ampliação de leitos de UTI adulto e Neonatal, a vinculação das gestantes de risco nos hospitais para a atenção às intercorrências e ao parto;
- Sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, prontuário (carteira da criança e da gestante), transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação;
- Sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, que, segundo população IBGE/2012, representa 3.428.706 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2012 nasceram no Paraná 152.863 crianças e estima-se que foram atendidas 167.885 gestantes. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a Família Paranaense (PARANÁ, 2012, p. 13).

Retomando a definição das RAS na Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), o objetivo principal da Rede Mãe Paranaense é a busca da garantia da integralidade do cuidado.

2.1.2 Diretrizes da Rede Mãe Paranaense

2.1.2.1 Fluxo da gestante na atenção básica

Segundo a Linha Guia (PARANÁ, 2012), seguem abaixo os fluxos de atendimentos às gestantes:

A UBS que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada preferencial para o início e acompanhamento do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal pode ser realizada pelo Agente Comunitário de Saúde ou pela Equipe de Saúde da Família, ou busca espontânea da gestante para o serviço. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação. Para mulheres que procuram o serviço com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro da Unidade Básica de Saúde. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez (TIG), de urina e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG e também está disponível o Teste Rápido para Gravidez (PARANÁ, 2012).

Confirmada a gravidez é iniciado o cadastramento no SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Identifica-se o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto (PARANÁ, 2012).

O cadastramento é considerado como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina. A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo sete consultas médicas ou com a enfermeira, podendo ser intercaladas, durante a gravidez e puerpério, sendo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, preferencialmente: uma no primeiro trimestre; duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre da gestação e uma no puerpério (PARANÁ, 2012).

Os procedimentos que devem ser realizados: história clínica, anamnese, preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL, exame físico: geral e ginecológico/obstétrico, solicitação de exames laboratoriais de acordo com a Linha Guia do Mãe Paranaense, orientação, avaliação dietética e prescrição,

conforme Linha Guia do Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade (PARANÁ, 2012).

Além dos exames laboratoriais e clínico, outros exames são descritos na linha guia como exames complementares: exame odontológico, preferencialmente no primeiro trimestre; ecografia obstétrica: realizar antes da 24ª semana de gestação, preferencialmente no primeiro trimestre, para determinar a idade gestacional, repetir na presença de intercorrências; exame para detecção de Tuberculose para gestante HIV positivo (PARANÁ, 2012).

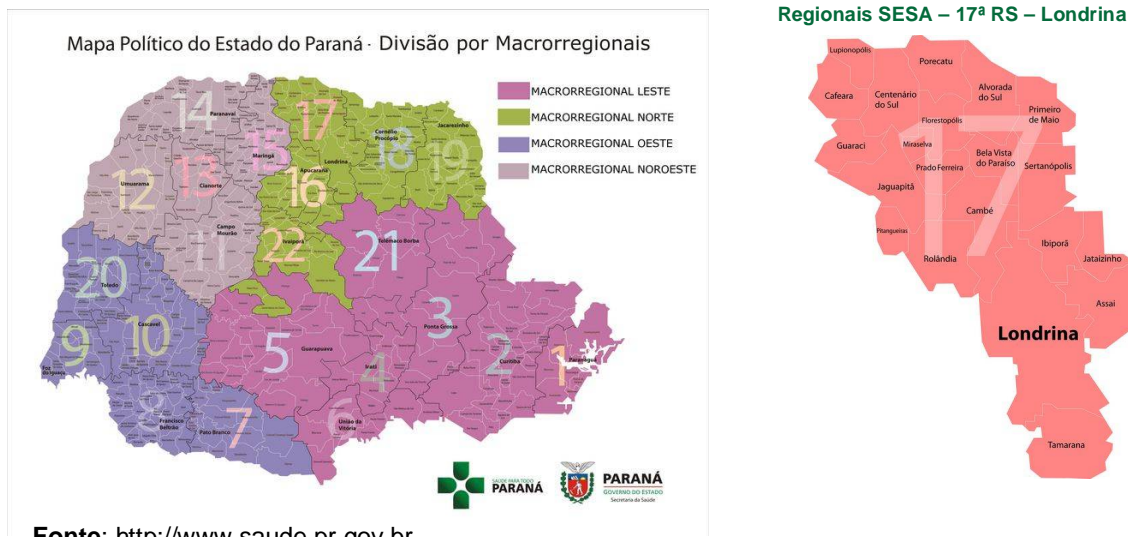
A avaliação e a estratificação de risco da gestação devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Mãe Paranaense. A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco (PARANÁ, 2012).

Mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica deve continuar responsável pelo cuidado a ela. Compete às equipes de Atenção Básica de Saúde o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. A gestante será informada e orientada sobre o serviço hospitalar em que fará o parto e essa informação deverá constar na carteira da gestante. A unidade de saúde entrará em contato com o serviço hospitalar para programar uma visita guiada, da gestante e do acompanhante, no hospital, que deverá acontecer até o sexto mês de gestação (PARANÁ, 2012).

Com relação à hora do parto, a equipe de referência deverá orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto. O deslocamento até o serviço de referência poderá ser realizado por meio de: ambulância do município, SAMU, veículo particular ou transporte público (PARANÁ, 2012).

O estado do Paraná é constituído de 22 regionais de saúde e formada por quatro macrorregionais, e Londrina é considerada como sede da 17ª regional de saúde e da macrorregional norte.

Figura 3 – Mapas das Regionais de Saúde do Estado do Paraná



A Rede Maternoinfantil tem como objetivo o cuidado na integralidade da gestante/mãe e criança no primeiro ano de vida, atingindo vários níveis de atenção conforme a necessidade, e tem como porta de entrada e ordenadora nos outros níveis de atenção a Atenção Básica (PARANÁ, 2012).

Neste contexto, Londrina, além da competência municipal, é o município de referência de alguns pontos da Rede Maternoinfantil, como o Centro Mãe Paranaense, ponto de Atenção Secundária Ambulatorial da 17ª Regional de Saúde, que se localiza na sede do consórcio intermunicipal, oferece atendimento e orientações por equipe multiprofissional para gestante e criança estratificada como alto risco ou risco intermediário, complementando as ações da AB.

Quanto à Atenção Terciária, é sua competência receber a gestante em trabalho de parto ou atendimento clínico vinculado à estratificação de risco. Desta forma há hospitais que atendem a gestante no risco habitual, de risco intermediário e de alto risco. Londrina é referência da regional de saúde na atenção hospitalar para o alto risco, pois há dois hospitais que contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculada (PARANÁ, 2012).

Outro aspecto importante descrito na Linha Guia é a Estratificação de Risco da gestante que define a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. No

entanto, a equipe de referência da atenção básica é responsável pelo cuidado de toda gestante de seu território, tendo que dar o seguimento na atenção da usuária.

2.2 O CUIDADO

2.2.1 Conceito

Cuidado em latim significa *cura*, segundo Boff (2005), em um sentido mais antigo, a escrita em latim de cura é *coera*, expressão usada em um contexto de relações humanas de amor e de amizade. Assim, cura expressaria a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. Nas relações interpessoais o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, desta forma, ocorre dedicação e disposição na participação de sua vida.

Outros estudos filológicos indicam *cogitare-cogitatus* como outra origem para a palavra 'cuidado', que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Podemos notar que as duas significações para palavra Cuidado se completam, pois a primeira revela uma atitude de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação, resultado da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Desta forma é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas (BOFF, 2005).

A fim de elucidar o cuidado, Boff (1999) traz a fábula, do pensador e escravo romano Gaius Julius Hyginus (64 a.C.-17 a.C.), em que utiliza figuras mitológicas para explicar o sentido do cuidado para a vida humana.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar nome á criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra.

Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: essa criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil (BOFF, 1999, p. 17-18).

A fábula cria uma imagem alegórica tendo como desfecho o cuidado como a característica mais notável da humanidade, sendo que o cuidar é central para o ser humano e sua vida, pois ele passa a ser o agente motivador e está presente em toda atitude e situação do ser humano (BOFF, 1999).

Zoboli (2004), discutindo cuidado, cita que para o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976), o cuidado tem o duplo sentido de angústia e solicitude, enquanto para o psicanalista Rollo May (1909-1994), cuidado seria um antídoto para a apatia e que deve ser a raiz da ética, sendo que a ética está voltada em tomar decisões para o bem-estar das pessoas e dos grupos, dos quais a sua própria satisfação depende intimamente. E ainda Zoboli (2004) refere que Nel Noddings, autora do livro *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*, publicado em 1984, evidencia a existência de um *cuidado natural*, no qual os seres humanos querem cuidar e ser cuidados.

Assim, Zoboli (2004) descreve que cuidar de alguém é prestar-lhe atenção solícita e ter uma disposição de afetividade, descrição essa intimamente ligada aos serviços de saúde.

No mundo do trabalho em saúde, a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado. Tenho dito em vários momentos que a alma do mundo da saúde é cuidar... (MERHY, 2013, p. 63).

Um aspecto importante é o entendimento que temos sobre trabalho, uma vez que todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo dos produtos feitos em trabalhos anteriores. Desta forma o trabalho feito em ato é chamado trabalho vivo em ato, e o trabalho feito antes, que só chega a quem está consumindo por meio do seu produto é denominado trabalho morto (MERHY; FRANCO, 2008).

Merhy (2013) diz que o trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, por meio de trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho executado no encontro, entre o trabalhador e o usuário. E este trabalho vivo em ato interage com diversos tipos de tecnologias, instrumentos e normas, que de certo modo configuram a forma de produzir o cuidado.

2.3 A PRODUÇÃO DO CUIDADO

A produção do cuidado pode adquirir significados variados, Merhy (2013) traz a discussão:

Para uns, cuidar é consumir procedimentos médicos, para outros não, é muito mais que isso. Cuidar para eles pode ser simplesmente ser respeitado, mas também ser reconhecido como portador de necessidades, ser escutado e ter sua vida defendida em qualquer circunstância [...] Porém devemos tomar como finalidade central do mundo tecnológico do trabalho em saúde a produção do cuidado, sob a forma que for [...] (MERHY, 2013, p 63).

A produção do cuidado implica sempre no encontro, podendo ser entre usuários, entre usuários e outras organizações, e, principalmente, aos trabalhadores de saúde, tendo como objetivo a ampliação de suas ferramentas para suportar diferentes dores e sofrimentos. Pode ocorrer nesses encontros um estabelecimento de relações, sendo um espaço de reconhecimento mútuo de saberes, expectativas, desejos.

Ainda no que se remete encontro, Merhy observa que:

[...] Todos atuam e exercem forças nesse encontro, uns sobre os outros, com os efeitos e tipos dos mais variados, forças que atuam nesse encontro são de muitos tipos de intensidades. Há aquelas que vêm de que os que aí estão já pensam coisas *a priori* sobre o encontro, já possuem desejos do que querem dele, possuem interesses e fazem apostas do que vão levar

desse momento. Há forças que não são tão visíveis, que estão operando nos corpos como afetos. Há as que não são conhecidas, mas que estão ali. Há simpatias e antipatias.

Porém, as lógicas dos que se encontram têm lugares situacionais distintos. Uns estão ali como trabalhadores do cuidado e outros porque se imaginam com certas necessidades de saúde que devem ser foco de atenção e cuidado desses trabalhadores, que se dispõem a usar tudo que for possível para se defender, para defender a sua própria vida (MERHY, 2013, p. 62).

Os usuários “estão no comando de suas vidas” e fazem opções, escolhas, porque são ativos no encontro com os trabalhadores de saúde. Usuários e trabalhadores afetam e são afetados. Todos deixam marcas uns nos outros. Todos tentam fazer valer suas ideias, projetos, necessidades (MERHY, 2013).

A produção do cuidado e as suas singularidades nos remetem à complexidade das micropolíticas no trabalho, que “é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2006, p. 459), principalmente no que concerne ao indivíduo trabalhador ou usuário, e este último tem uma história de vida com hábitos e tradições, e todo este contexto influenciando no modo de lidar com a sua saúde.

O processo de trabalho das equipes de saúde devem visar a uma assistência integral na perspectiva da responsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias. Apresenta-se como estratégia para superar práticas de saúde fragmentadas, em que predominam a realização estrita de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas preestabelecidas, que muitas vezes não atendem as necessidades de saúde dos usuários (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

O cuidado nos serviços de saúde, na relação usuário e trabalhador, é algo que ocorre de diferentes formas, por exemplo, em ato, no momento do encontro, e horizontalmente como resultado de uma série de encontros. Desta forma é um processo em constante construção, e para isso se faz necessário lançar mão de ferramentas que, se utilizadas de forma e no momento correto, direcionam de maneira mais adequada o cuidado almejado tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores.

Merhy (1997) descreve em três categorias as tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras”, que possuem seus produtos programados como máquinas, instrumentos e normas. “Tecnologias leve-duras”, relacionadas ao

conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada, porém em cada ação a possuem a singularidade do profissional. E, finalizando, “tecnologias leves” se realizam no encontro, que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado.

Designo esses três componentes tecnológicos do ato de produção do cuidado como: dimensão tecnológica leve-dura, tecnológica dura e tecnológica leve/relacional do cuidado. Mesmo afirmando que não há um sem o outro, pois todo ato de cuidar só se realiza pela presença das três dimensões no processo produtivo, é possível dizer que as formas de combinações entre elas e os modos como se posicionam uma em relação à outra são variados, conforme os modos de cuidar (MERHY, 2013, p. 63).

Traçando um paralelo entre a produção de cuidado e as Redes de Atenção, já descritas anteriormente, citamos Feuerwerker (2014), que traz uma perspectiva cuidadora na construção de redes de atenção à saúde, levando em consideração não apenas gestão de serviços, mas a gestão da produção do cuidado, uma vez que as necessidades de saúde são amplas, o que é necessário uma “cadeia de cuidados”, em busca da integralidade. Segundo Merhy (2013, p. 71), “atos que agenciem uma rede de apoio e de cuidado, produzem novas implicações, com outras formas de tratar”. Com isso busca-se um melhor cuidado para o usuário.

Desta forma, este trabalho teve como justificativa estudar o entendimento sobre a produção do cuidado, para usuários e trabalhadores, na Rede Maternoinfantil, com enfoque na atenção básica. A busca de compreender as concepções sobre o cuidado se deu por entender que esta deva ser central nos serviços de saúde e, portanto, também nas redes de atenção. A escolha pela Rede Maternoinfantil (Rede Mãe Paranaense), ocorreu por sua importância no Plano de Governo Estadual (2011-2014), em que foi estabelecida como prioridade devido à análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna (CONASS, 2012), e também por se tratar de uma etapa da vida familiar tão significativa, não só para a gestante e a criança como para todos os membros da família.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de produção de cuidado a partir dos olhares de usuários e de trabalhadores da saúde da Atenção Básica na Rede de Atenção Maternoinfantil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as percepções sobre o Cuidado na Rede Maternoinfantil, por parte de usuários e trabalhadores de saúde da Atenção Básica;
- Compreender o entendimento da Rede Maternoinfantil por parte dos usuários e dos trabalhadores da saúde da Atenção Básica;
- Descrever a experiência da usuária na Rede Maternoinfantil – Rede Mãe Paranaense.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Habermas (1987) descreve metodologia como “caminho do pensamento”. Como caminho para aproximação dos objetivos almejados neste estudo, foi proposta uma pesquisa exploratória do tipo qualitativa.

A pesquisa exploratória tem como principal finalidade o desenvolvimento e elucidação de conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral do tipo aproximada de determinado fato, e o produto deste processo passa a ser um problema mais esclarecido (GIL, 2008).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações [...] Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens [...] (MINAYO, 2008, p. 57).

Compreende-se que, utilizando um referencial qualitativo juntamente com a pesquisa exploratória, o trabalho teve condições de ampliar o esquema explicativo e abranger mais espaços na discussão do tema.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente para a compreensão da produção do cuidado na Rede Mãe Paranaense no âmbito da atenção básica, e atingir os objetivos propostos, foi escolhido um dispositivo metodológico denominado: caso traçador.

Segundo Silva *et al.* (2010), traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos como em estudos qualitativos. Casos traçadores podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente. A análise de traçadores permite examinar “em situação” as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, como os da saúde.

O caso traçador parte de situações reais que permitem a fala de diferentes atores, não teoricamente sobre como pensam o cuidar, mas concretamente sobre os efeitos de cuidar e ser cuidado em determinadas situações (LOPES, 2015).

O caráter de marcador ou traçador do caso pode ser selecionado por características, tais como, ser um caso típico, uma situação de sucesso (“boa prática”), uma situação de tensão ou de difícil resolução que marca a equipe em sua atuação (SILVA *et al.*, 2010).

Essa estratégia possibilita ainda a autoanálise da equipe, trazendo para a conversa o processo de trabalho, a forma de gestão, a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, os tipos de tecnologias utilizadas, a relação com o usuário e com outros serviços de saúde. Expõe fragilidades, potencialidades, possibilitando a captação, interpretação e aprofundamento do objeto de investigação *in loco*. Um caso traçador é um modo de obter uma grande quantidade de informações sobre algo singular, onde o pesquisador recorre a uma variedade de acontecimentos ocorridos em diferentes momentos, em situações variadas envolvendo diferentes atores (LOPES, 2015, p. 36).

Neste estudo foi investigada a produção do cuidado na Atenção Básica, tendo como pano de fundo a Rede Mãe Paranaense, a partir da trajetória de uma usuária, com recorte do pré-natal, abrangendo da gestação ao parto. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, tanto com a usuária e seus familiares, como com a equipe de saúde atuante na atenção básica, do território da usuária.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Londrina. Segundo o IBGE (2015), a população estimada de Londrina em 2014 era de 543.003 habitantes, sendo o município considerado quarto maior do Sul de País. O território em saúde do município é dividido em cinco regiões na área urbana e uma região na zona rural.

O trabalho de campo foi desenvolvido em uma UBS com uma população em sua área de abrangência de aproximadamente 4.018 hab., onde a maior parte utiliza os serviços de saúde do SUS. Os usuários são atendidos por uma equipe de saúde da família, que no momento do trabalho de campo contava com uma enfermeira, um médico clínico geral, um médico ginecologista, seis auxiliares de

enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde. O território era dividido em cinco microáreas, e as prioridades das ações da UBS voltadas às crianças e idosos, e vulnerabilidades da área era o tráfico de drogas e a prostituição. Durante o período da pesquisa a UBS contava com trinta e oito gestantes, dentre as quais quinze eram gestantes adolescentes.

Figura 4 – Unidades Básicas de Saúde do Município de Londrina – Área urbana: divisão por regiões



Fonte: <http://www.londrina.pr.gov.br>

Em contato com a Diretoria da Atenção Primária (DAPS), da Secretaria Municipal de Saúde do município de Londrina, a fim de selecionar em qual UBS seria realizada a pesquisa, definiu-se como critério a UBS onde o pré-natal estivesse estruturado. Das unidades indicadas optou-se por aquela que aderiu à pesquisa.

4.4 ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

A pesquisa foi iniciada no segundo semestre de 2014, com o aceite da solicitação de autorização do desenvolvimento do trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, pois o estudo envolveu profissionais de saúde e usuários de unidades básicas do município. Com o trabalho autorizado, continuaram as revisões bibliográficas e elaboração dos instrumentos que seriam utilizados.

Em julho de 2015, a fim de testar a viabilidade da entrevista e fazer ajustes para aperfeiçoamento das perguntas do trabalho, foi realizada uma entrevista piloto, com uma usuária SUS. Naquele momento pensava-se em fazer a

pesquisa com puérperas, para isso foi selecionada uma UBS de fácil acesso para a pesquisadora e com autorização da coordenação.

Após o piloto e analisando os objetivos e as particularidades do estudo optou-se pela entrevista com a usuária ser realizada em dois momentos. O primeiro encontro ocorreu no último trimestre de gestação, em que a usuária, ainda gestante, relataria as impressões com menos viés de memória da realidade, e o segundo momento no puerpério recente, em que o parto ainda seria um fato marcante na vivência da usuária.

Após definido o perfil do caso traçador, uma gestante no terceiro trimestre, que tivesse realizado seu pré-natal na UBS, uma reunião foi realizada em agosto de 2015 com a equipe de saúde da UBS, para informar sobre a pesquisa e fazer a escolha da usuária que seria indicada como o caso traçador. Os profissionais de saúde utilizaram como critério de escolha uma gestante que utilizou os serviços com frequência, e apresentou queixas de saúde durante o período gestacional.

Segundo Feuerwerker e Merhy (2011), em estudos qualitativos podem ser adotados a estratégia dos traçadores e outros dispositivos, entre eles o *flow charts*, o qual foi utilizado na pesquisa.

Flow charts: análise a posteriori do itinerário percorrido por um usuário ao longo de seu tratamento [...] Casos traçadores podem ser identificados retrospectivamente, como marcadores para analisar um processo de cuidado (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Com isso, a usuária fez uma construção oral da memória do período da sua gestação, citando locais e pessoas relevantes neste momento de sua vida, em todo o percurso percorrido, trazendo elementos para a compreensão da produção do cuidado no contexto da Rede Mãe Paranaense. À medida que os profissionais de saúde e outras pessoas importantes nesse processo eram citados pela usuária, também eram incluídos no estudo.

4.5 TRABALHO DE CAMPO

O principal recurso escolhido para a produção do material de pesquisa foram as entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas. Nas entrevistas foi

utilizado um roteiro semiestruturado, de forma que permitiu flexibilidade nas conversas, utilizando perguntas abertas de acordo com os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2008). Assim os participantes puderam emitir seus pontos de vista sobre a temática proposta.

Em relação à usuária, as informações foram complementadas com a análise de documentos, no caso, o prontuário e a Carteirinha da Gestante. Com os demais participantes, apenas foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas. Todos foram entrevistados individualmente, em local isolado e horário definido de acordo com a disponibilidade de agenda.

As entrevistas com os profissionais da saúde foram realizadas no local de trabalho, previamente autorizadas. Quanto à usuária e seus familiares, as abordagens foram realizadas em suas residências, com consentimento prévio e avisadas com antecedência.

A entrevista inicial, que foi o ponto de partida para as demais, aconteceu no primeiro encontro com a usuária. Neste momento foi solicitado que a mesma relatasse a sua trajetória e experiência nos serviços de saúde, desde a descoberta da gravidez. Posteriormente, os profissionais da equipe da UBS citados foram todos entrevistados. Na entrevista com a usuária, também foi investigado sobre outras vivências para além dos serviços de saúde, como, por exemplo, se durante a gestação ela buscou alternativas para resolução de problemas, como apoio de outras pessoas da família ou outras de seu convívio. A segunda entrevista, com caso traçador, teve relação com a experiência do parto, para discussão de fatores positivos e negativos, que de alguma maneira a marcaram.

Com relação aos profissionais de saúde, a usuária citou quatro profissionais com os quais manteve contato durante a sua gestação, sendo estes: o médico ginecologista, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem e a agente comunitária de saúde. As temáticas que envolveram as entrevistas foi o conhecimento da Rede Mãe Paranaense e o entendimento dos profissionais sobre o cuidado.

Quanto aos familiares, foram citados o apoio e a presença do esposo e da sogra, os quais também foram entrevistados, enfocando-se os assuntos de produção do cuidado e Rede Mãe Paranaense.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas integralmente, para a análise posterior dos dados. Concomitantemente foi feito um diário de campo, instrumento em que o pesquisador diariamente anota o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultado de conversas informais, observações de comportamento contraditório, entre outras percepções (MINAYO, 2008).

No diário de campo foram assinaladas percepções e detalhes dos encontros com os participantes do trabalho. Assim, em nossa pesquisa o número total dos envolvidos foi de sete indivíduos, sendo um caso traçador, que desencadeou em mais seis participantes na pesquisa, sendo quatro profissionais de saúde da atenção básica e dois familiares.

Neste estudo, para preservar a identidade do caso traçador a denominaremos de “Aurora”. Esse nome tem como significados: começo, origem, princípio ou primeiro tempo de uma coisa (MICHAELIS, 2016), nos remetendo ao tema de nosso trabalho, gestação, que resulta em começo de uma nova vida. Para os demais participantes utilizaremos a consoante “F” maiúscula para indicarmos os familiares do caso traçador entrevistados e um numeral indicando a ordem das entrevistas e a consoante “P”, também em letra maiúscula, para os profissionais da saúde que participaram de nossa pesquisa, numerando-os de acordo com a ordem das entrevistas. Foi utilizado o termo usuários abrangendo o caso traçador e familiares, quando foi discutido o cuidado. Nas demais categorias de análise foi utilizado o termo caso traçador ou usuária separadamente dos familiares.

4.6 ANÁLISE DO MATERIAL

Para a análise do material foram utilizados os produtos das transcrições das entrevistas, complementadas com a análise dos documentos do caso traçador e percepções descritas no diário de campo.

Na transcrição das entrevistas omitiu-se erros gramaticais, alguns vícios de linguagem e palavras que não interfeririam no conteúdo. Para a elaboração dos resultados do material foi feita a análise de conteúdo de Bardin.

Conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência (dedução lógica) de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2011, p. 44).

Nesta pesquisa utilizou-se a modalidade de análise temática (BARDIN, 2011), entendendo que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado por uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO, 2008).

A análise temática se desdobra em três etapas:

- 1) fase de pré-análise: considerada a fase de organização, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais.
- 2) exploração do material: é considerada a fase de análise propriamente dita.
- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: transformação dos dados brutos em dados significativos e válidos.

Na primeira etapa foi necessária a leitura flutuante, momento este em que o pesquisador toma contato direto e intenso com material de campo, impregnando-se pelo conteúdo (MINAYO, 2008). A fim de buscar a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos da pesquisa, esta análise organizou os resultados em três categorias: O cuidado na percepção dos usuários e dos profissionais da saúde; A compreensão dos profissionais e dos usuários sobre a Rede Mãe Paranaense; e, A experiência de Aurora na Rede Maternoinfantil.

Durante as fases seguintes da pesquisa, buscou-se alcançar os objetivos propostos, correlacionando os referenciais teóricos com os achados da pesquisa, a fim de estabelecer uma relação da teoria e da prática.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho respeitou as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 42841615.2.0000.5231, e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, do qual recebeu parecer de aprovação nº 1.154.454, data da relatoria 03/07/2015 (Anexo I). Foi submetido também à autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por envolver profissionais e usuários vinculados à mesma.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndices I e II), ficando uma em seu poder e outra em poder do pesquisador, sendo-lhes informada a possibilidade de desistência de sua contribuição no trabalho a qualquer momento, e a inexistência de ônus. Para a realização da pesquisa foi assinado pela pesquisadora um Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice III). Os áudios das entrevistas foram apagados após a transcrição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente faz-se uma apresentação das características da usuária escolhida como caso traçador e de todos os outros participantes da pesquisa, que foram elencados por ela durante as duas entrevistas realizadas. Em seguida as categorias de análise, em que foram discutidos: o cuidado e suas implicações nos usuários e trabalhadores de saúde, a compreensão da Rede Mãe Paranaense pelos participantes da pesquisa e a experiência de Aurora na Rede Maternoinfantil.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

5.1.1 Caracterização de “Aurora” – Caso Traçador

Aurora, sexo feminino, 26 anos, união estável, ensino fundamental incompleto, operadora de caixa. Reside com a família do companheiro, porém em casas separadas, no mesmo terreno onde estão instaladas três casas. Ela reside com o companheiro e o filho de sete anos em uma casa; na outra casa reside a sogra, sogro e uma sobrinha; e na outra casa os avós do companheiro. Aurora tem bom relacionamento com a família do companheiro, pouco cita sua família consanguínea, apenas quando instigada fala de sua mãe, porém não de outros membros.

Desde o momento do contato telefônico, Aurora foi muito receptiva à participação na pesquisa. A entrevista foi feita em dois momentos, o primeiro quando estava no terceiro trimestre com 36s5d de gestação, e o segundo momento foi durante o puerpério tardio, 12 dias após o parto.

No primeiro encontro Aurora enfatizava vivenciar uma gestação de alto risco com necessidade de cuidados especiais, e bastante temerosa com relação ao parto, citando palavras como medo e ansiedade. Seu primeiro filho teve um trabalho de parto prolongado, culminando na necessidade de se realizar uma cesariana. A criança teve início de sofrimento e ao nascimento estava cianótico, contudo, não apresentou sequelas motoras nem cognitivas. Outra constante na entrevista era a não aceitação da conduta médica relacionada ao tipo de parto. Referia que estava

sendo negligenciada, que inúmeras vezes não foi ouvida durante as consultas, com suas queixas e dúvidas não solucionadas.

Então, eu estou com pouco de medo, porque eu não tive dele (primeiro filho), eu não tive dilatação só tive contração, então ficou bem roxinho, porque estava passando da hora de nascer. E eu tento falar isso para o doutor, mas não sei, se ele não me leva a sério, ou é coisa dele mesmo, porque já estou de nove meses, ele sabe que a minha gestação é de alto risco. Eu acho assim, não sei o modo de ver dele, mas no meu, se ele está vendo que a minha gestação é de alto risco, que não tenho dilatação, não era pra ele me dar uma carta, depois dos meus nove meses pra eu ir no HU fazer cesariana? (AURORA)

O segundo encontro com Aurora teve como objetivo a narrativa dos acontecimentos marcantes de seu parto, relatou que o trabalho de parto teve duração de aproximadamente 27h do início das contrações até o parto. Ao contrário da sua intenção durante toda a gestação, que era de um parto cesáreo, Aurora vivenciou o parto normal.

É porque a minha pressão estava alta (no início da gestação), então o Doutor falou pra mim que se até o dia 17 a minha pressão estivesse boa e não estivesse sentindo nada, haveria a probabilidade de fazer o parto normal. Porque como estava acima do peso e se fizesse o parto cesáreo, o peso da barriga ficaria em cima dos pontos podendo “enterrar”, o que causaria dificuldade na recuperação. Ele falou que se conseguisse o parto normal seria melhor. Estava entre o parto normal e a cesárea, mas se a minha pressão estivesse alta, a maternidade me encaminharia para o HU [...] Como foi tudo normal não tinha quadro de pressão alta e não tinha nenhum risco, eu fiz o parto ali mesmo (na maternidade) [...]. [...] então eu torcia pela cesárea, porque eu estava com medo [...] O médico que entrou dentro na sala de parto falou pra mim assim: você tem uma cesariana antes? Falei que tive, ele falou assim: hoje não, mas amanhã, eu vou passar no quarto e vou perguntar pra você qual a comparação da cesárea com normal. Eu falei nem precisa, porque é totalmente diferente, saiu acabou a dor e a cesariana não, você não sofre na hora, mas depois você sofre os 45 dias (AURORA).

Fato marcante nas entrevistas foi a presença constante do companheiro durante a gestação e parto, o que demonstra um ponto de apoio, sendo de grande relevância nesta etapa da vida de uma gestante.

Estava o tempo todo ali [...], elas pediram para ele segurar minha mão, o tempo inteiro ali comigo, eu sofri, ele sofreu junto (AURORA).

Aurora em todo seu relato descreveu que em sua gestação percorreu alguns pontos da rede de atenção, e que em quase todos eles obteve as respostas

aos seus questionamentos, foi uma usuária referência. Em se tratando de seguimento de protocolos, teve acesso aos exames e atendimentos em seu pré-natal, compareceu a sete consultas com ginecologista, duas consultas com a enfermagem, fez pelo SUS três exames de ultrassonografia e dois particular. Contudo, mesmo com o cumprimento protocolar, a paciente se sentiu desamparada e não atendida nas suas necessidades, particularmente a respeito do seu anseio pelo parto cesáreo.

No entanto, a usuária Aurora, que no primeiro momento questionou as condutas e orientações médicas, no segundo momento de entrevista, que ocorreu após o parto, se apresentou com outra percepção do cuidado recebido, em que demonstrou concordar e aceitar a opinião médica, aparentando confiança nas orientações fornecidas pela equipe, principalmente com relação ao médico.

5.1.2 Família

A partir dos relatos de Aurora, buscamos neste trabalho identificar as pessoas envolvidas e que influenciaram de alguma maneira no período da gestação. Neste caso Aurora citou duas pessoas de sua família, que tiveram participação relevante e ativa durante o período gestacional e no parto.

Os familiares foram entrevistados e questionados sobre as participações na gestação e no parto e suas impressões com relação ao cuidado que Aurora recebeu pelos serviços, principalmente quanto aos profissionais da atenção básica e também a opinião pessoal sobre a temática da pesquisa: Cuidado e Rede Mãe Paranaense.

F1, sexo masculino, 25 anos, união estável, ensino médio incompleto, operador de máquinas, esposo de Aurora. F1 aparenta ter bom relacionamento com os familiares, cuidadoso com Aurora e introvertido. Apesar de ter aceitado prontamente participar da pesquisa, durante a entrevista respondia por meio de falas curtas, com pouco conteúdo. Segundo Aurora, F1 participou ativamente na vivência da companheira durante a gestação, demonstrando cuidado com a mesma.

Ah, foi surpresa, não estava esperando a gestação dela. Foi normal. O parto ela sofreu um pouquinho, mas graças a Deus foi normal também. Estava sempre ao lado dela, dando apoio para ela certinho (F1).

F2, sexo feminino, 49 anos, casada, ensino médio incompleto, dona de casa, sogra de Aurora. F2 aparenta ser bastante presente e cuidadosa com Aurora, apoiando e auxiliando. Estava presente em todas as entrevistas com Aurora. Ao ser convidada para a participação teve receio das perguntas, porém as respondeu sem dificuldade.

Quando questionada sobre a sua participação na gestação de Aurora, a sogra respondeu que estava presente tanto em orientações à Aurora, quanto estimulando ao filho a auxiliar a esposa.

Orientava ela em tudo que precisava. Ela perguntava e eu orientava mais na alimentação dela. Não deixava ela fazer esforço, ela fazer o serviço dela. Mandava ele ir [...] meu filho leva no médico, direto pro hospital (F2).

Com as falas de Aurora e dos familiares, pôde-se verificar que a mesma estava sendo apoiada em casa, tanto nos cuidados básicos como em momentos de intercorrências que ocorreram ao longo da gestação, sendo prontamente amparada e ajudada na busca de solução das suas queixas.

5.1.3 Trabalhadores da saúde

As características dos profissionais de saúde citados por Aurora estão sintetizadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais entrevistados

PROFISSIONAIS	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PROFISSÃO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL	CARGA HORÁRIA E TURNO DE TRABALHO NA UBS
P1	MÉDICO GINECOLOGISTA	Especialização	27 anos	24 anos	4 horas/dia 2x/sem. Turnos alternados
P2	ENFERMEIRO	Especialização	15 anos	11 anos	8 horas/dia Manhã e tarde
P3	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Técnico de Enfermagem	40 anos	23 anos	6 horas/dia Tarde
P4	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Graduação em Geografia	1 ano	1 ano	8 horas/dia Manhã e tarde

Fonte: a própria autora

Pelo exposto no Quadro, pode-se notar que os profissionais envolvidos no cuidado de Aurora possuem uma grande experiência profissional, exceto pelo ACS. O médico e enfermeiro possuem especializações *Lato Sensu* pertinentes às suas áreas de atuação, o médico com especialização em ginecologia e obstetrícia e a enfermeira em saúde de família. A pouca experiência do ACS é decorrente do processo recente de contratação, por meio de concurso público desta categoria profissional, realizada pelo município.

Os profissionais da saúde envolvidos na pesquisa eram da mesma equipe, porém o médico comparecia para atendimento nesta UBS dois dias da semana, um dia no período da manhã e no outro no período da tarde. A auxiliar de enfermagem trabalhava no período vespertino e os demais trabalhavam nos dois turnos. Os profissionais possuíam cargas horárias diferentes.

5.2 O CUIDADO NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Quando indagado a Aurora e seus familiares sobre as suas percepções pessoais de cuidado, necessidade de exames e medicamentos estavam presentes nas falas; no entanto, o acolhimento e escuta também apareceram.

Ah, eles nos dão atenção, sabe a atenção que a gente precisa, se nós precisamos de um exame ou algumas coisas, eles estão ali pra ajudar e dar orientação (AURORA).

Se vou em algum médico, se estou com dor, quero ser atendido rápido, só conversar não adianta, precisa de remédio e exame (F1).

Para Barros, Oliveira e Silva (2007), o cuidado produzido pelos profissionais de saúde deve ser embasado por escuta, acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas.

Em contrapartida a tudo que tem se discutido na atenção básica, como importância do acolhimento, escuta, integralidade, devemos lembrar que persiste em nossa sociedade um processo sociocultural do imaginário biomédico, em que o tratamento é centrado preferencialmente em medicamentos e procedimentos.

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administradas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010, p. 3616).

Assim, falar de “percepção” é falar de subjetividade. A subjetividade, segundo Guattari (1992), não é estática ela sofre variações:

(...) na heterogeneidade dos componentes que concorrem para a produção de subjetividade, já que encontramos aí: 1. componentes semiológicos significantes que se manifestam através da família, da educação, do meio ambiente, da religião, da arte, do esporte; 2. elementos fabricados pela indústria das mídias, do cinema etc.; 3. dimensões semiológicas assignificantes colocando em jogo máquinas informacionais de signos, funcionando paralela ou independentemente, pelo fato de produzirem e veicularem significações e denotações que escapam então às axiomáticas propriamente linguísticas (GUATTARI, 1992, p. 14).

O nascimento de um filho representa um momento ímpar para a mulher, vários sentimentos o atravessam, e, no caso de Aurora, a experiência vivida anteriormente fez com que o medo estivesse presente. Mas, além de sua vivência, existe uma produção medicalizadora do parto em nossa sociedade, com a

valorização do parto cesáreo em detrimento do parto normal. De tal modo que, quando Aurora se queixa do cuidado que lhe é oferecido, traz em sua fala a incorporação de termos próprios da produção da área da saúde, como em relação a fatores de risco, para justificar seu anseio por um parto cesáreo.

Se eu estou de nove meses e ele sabe que minha gestação é de alto risco, meu peso não é compatível com uma gestante de nove meses, eu tenho às vezes pressão alta, não era pra ele me dar uma carta pra fazer uma cesariana? (AURORA)

No primeiro encontro com Aurora, a fala pelo interesse no parto cesáreo desde o início da gestação foi bastante marcante. Segundo o IBGE, há um aumento contínuo na frequência de cesarianas no Brasil. Segundo dados do Datasus (BRASIL, 2016), em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos normais no País, alcançando o valor de 53,88% em 2011, sendo que a região Sul do País atingiu a porcentagem de 60,11%, valores superiores aos propostos pela Organização Mundial da Saúde, que desde 1985 considera ideal a proporção de cesáreas entre 10 e 15% (OMS, 2016).

Segundo estudo de Domingues *et al.* (2014), uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012, a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (multíparas com cesariana anterior no setor privado), a motivação para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto e para a cesariana o medo da dor do parto. Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres.

Na pesquisa qualitativa realizada por Nascimento *et al.* (2015), o aspecto discutido foi a escolha do tipo de parto. Neste estudo foram entrevistadas 25 mulheres, dentre elas 11 realizaram parto normal e 14 parto cesáreo, e das 25 entrevistadas, seis eram primigestas, sendo que apenas uma realizou o parto normal. Uma das considerações que os autores fazem é de que se o primeiro parto é cesáreo a mulher tende a optar pela cesárea novamente.

Neste aspecto em nossa pesquisa, Aurora na sua primeira gestação teve como desfecho o parto cesáreo, e também apresentava a intenção de realizar este tipo de via na sua segunda gestação. Aurora demonstrou a intenção da cesariana devido a sua condição de saúde, seu passado obstétrico e o medo, respostas estas de 30% das gestantes que participaram do estudo de Barbosa (2003), que tinham preferência pelo parto cesáreo.

No trabalho de Velho *et al.* (2012), foi realizada uma revisão integrativa das percepções do parto normal e cesáreo pelas mulheres que os vivenciaram. Os estudos apresentam aspectos positivos e negativos sobre os dois tipos de parto. Sobre os pontos positivos do parto cesáreo, os achados se assemelharam ao pontuado por nossa entrevistada, os quais foram: evitar o medo do parto, salvar a vida do bebê, ter mais controle sobre o evento, evitar o trauma de uma cesárea de emergência e ter vivenciado a cesárea previamente. Enquanto o ponto positivo do parto normal citou-se a rápida recuperação no pós-parto.

Nascimento *et al.* (2015) discutiram os fatores que influenciaram a tomada de decisão das puérperas pelo tipo de parto, e estas referiram diferentes mecanismos como experiências prévias, poder do médico e da família, ausência de informação no pré-natal e formação cultural, concluindo que para a escolha do tipo de parto, a mulher necessita de conhecimento e poder para tomada de decisão.

Na pesquisa de Domingues *et al.* (2014), a proporção de cesarianas tem relação com a idade da gestante, escolaridade, região do País e os fatores clínicos, também relaciona com a possibilidade de agendar a data do parto e ter um profissional conhecido. Esses fatores fazem com que no setor privado o aconselhamento seja favorável à cesariana. Contudo, na maioria das pesquisas relacionadas à preferência pelo tipo de parto, mesmo com esse aumento dos partos cesáreos a intenção inicial das mulheres quanto à via de parto ainda é a vaginal.

Para Aurora, a justificativa para seu parto ser uma cesárea, se dava por ela ser uma gestante de risco, mesmo que no decorrer de sua gestação seu quadro houvesse se estabilizado. Em algumas de suas falas questionava a capacidade técnica do médico, que a estava acompanhando na atenção básica, pelo fato dele não concordar com a necessidade da cesárea. Em contrapartida, na segunda entrevista, após o parto, mostrou a aceitação da recomendação médica, citou que

ele era um bom médico e que estava correto em suas opiniões, haja vista que o parto ocorreu sem intercorrências.

Aurora, na segunda entrevista, descreveu que parto normal para mulher é melhor pela rapidez da recuperação quando comparado com a cesárea, [...] *é totalmente diferente, saiu acabou a dor e a cesariana não, você não sofre na hora, mas depois você sofre os 45 dias [...]*. Esse relato condiz com as falas das usuárias nos outros estudos analisados.

Velho, Santos e Collaço (2014), em seu estudo ressaltaram a importância do auxílio e apoio no momento do nascimento por parte de familiares e a forma de atendimento proporcionado pelos profissionais de saúde, independente da via de parto. E que essas experiências quando negativas influenciam a escolha do tipo de parto. Também identificam que em alguns estudos a má atenção da equipe ocasiona a insatisfação das mulheres na experiência do nascimento.

Em contrapartida, um atendimento prestado com orientação e cuidado, auxilia e promove apoio, repercute em segurança e confiança no atendimento, identificados tanto no parto normal como na cesárea. Em nosso estudo Aurora, em relação ao parto, apresentou uma experiência positiva, [...] *ah foi muito bom, eles me atenderam muito bem [...] conversando comigo o tempo inteiro [...] sabe, todos eles muito atenciosos, um vinha conversava com a gente, outro perguntava “você está bem?” [...]* Esse suporte da equipe da maternidade causou na entrevistada um impacto positivo, principalmente relata sobre uma profissional que foi presente durante todo o parto, e esta presença fez com que Aurora se sentisse cuidada e amparada.

Assim, o sentir-se cuidado está ligado à subjetividade, porque a conceituação é individual, dependendo de história familiar, educação, o meio ambiente, entre outros aspectos. Sendo assim o tema em discussão, Cuidado, está atrelado a essas percepções, pois o cuidado é sentido e vivenciado. No exemplo discutido acima, da escolha do tipo de parto, percebe-se algumas questões que perpassam a percepção de ser cuidado: o medo, a experiência anterior. Assim, o cuidar passa pelo singularizar, uma vez que cada pessoa tem uma produção própria a respeito do momento que está vivendo relacionado à sua saúde, portanto, cada um terá uma necessidade diante do cuidador.

Iniciamos a discussão de percepção do cuidado na visão do trabalhador de saúde com a fala de P1, que considera uma pergunta difícil de responder. Talvez por se tratar de um tema em que a maioria dos profissionais tem o conhecimento de alguns dos conceitos que o traduzam, como a escuta e acolhimento, porém de difícil execução no cotidiano do trabalho em saúde, por uma série de questões como: excesso de demanda, estresse do trabalhador, relação usuário e trabalhador e entre os trabalhadores. Por outro lado, pode-se dizer que P1 percebe a questão subjetiva relacionada ao cuidado, que não depende apenas do que é oferecido ao usuário, mas também de como ele percebe esse cuidado.

Eu acho uma pergunta difícil de responder, porque muitas vezes a gente acha que tecnicamente o atendimento foi muito bom, mas teria que avaliar qual é a leitura que o paciente traz daquele atendimento, daquele cuidado. Então eu acho que estas questões são um pouco complexas. Uma coisa é você do ponto de vista técnico, outra é como a pessoa recebe aquele cuidado. Então muitas vezes eu acredito que existe uma sintonia entre aquilo que você dá de assistência e aquilo que ele entende que é uma assistência boa, mas algumas vezes a gente percebe que isso não é uma realidade. Mas eu acho que o bom cuidado é você atender bem, ouvir o paciente, solucionar as queixas que ele traz, fornecer elementos da assistência que ele muitas vezes não entende, mas que você acha importante tecnicamente (P1).

Para P2, o acolhimento e a escuta são centrais para o cuidado, mesmo que o usuário não tenha o seu problema resolvido por total, o vínculo paciente/equipe é ofertado.

[...] como eu acho que eles se sentem cuidados, ah eu acredito que na maioria das vezes eles se sentem acolhidos, tomara, essa é a intenção. Às vezes a gente não consegue realizar o cuidado que ele precisa, mas o acolhimento, o ouvir, o estar perto eu acho que isso eles têm na unidade de saúde. Essa porta de ter alguém pra ouvir, às vezes você não consegue sanar o problema, mas alguém pra ouvir, pra estar indicando por onde ir (P2).

Em sua entrevista, P3 demonstrou sentimento de empatia pelos pacientes, fazendo com que sua fala demonstre o papel cuidador do profissional de saúde. Porém, no final expõe a sua opinião sobre o que pensa da real busca dos pacientes nas unidades de saúde, que seria por consultas, exames e medicamentos.

Acolher, escutar, eu sempre me coloco muito no lugar do paciente, eu acho assim, que a gente que está no lado de cá, está numa situação privilegiada e quem nos procura chega até se humilhar pra gente precisando de um

atendimento. Às vezes é vergonhoso ou quer contar alguma coisa, eu acho que a gente tem que ser assim, mais do que técnico ser “ser humano”, de entender o que a pessoa quer falar pra gente, de repente nem precisa de uma consulta, às vezes ela só quer mesmo alguém que a escute né, eu acho que basicamente é isso que a gente faz na unidade básica de saúde. Eles procuram remédio e consulta né, eles entram no posto eles querem médico e consulta e remédio, se o médico não der uma receita grande de remédio, eles procuram outro médico para que faça isso (P3).

P4 relaciona o acolhimento com segurança:

Acho que no acolhimento se a pessoa sabe dar importância à queixa, sabe que eu estou ali no momento, e passa aquela segurança, fala pra gente que vai dar certo, que vai ficar melhor, vai medicar, vai passar por consulta. Na fala da pessoa, eu acho que já dá pra sentir mais segura, assim vou ficar bem (P4).

Esta fala concorda com Cavalcante *et al.* (2009), quando discutem sobre acolhimento, em que afirmam que é uma via de mão dupla, que vai redimensionar o próprio sentido de encontro e de diálogo, estabelecendo e fortalecendo vínculos e reforçando a credibilidade no sistema e nos serviços prestados.

P2 também discorre em sua fala sobre a importância de sentir-se segura relacionando com a credibilidade do serviço, segundo a percepção do cuidado.

Eu acho que quando esse serviço me proporcionou segurança, me proporcionou uma boa orientação, segurança de estar sendo conduzida por aquele serviço independente de onde ele seja. Acho que o serviço tem que dar essa segurança (P2).

Segundo Cavalcante Filho *et al.* (2009), o acolhimento é capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde. O usuário identifica o profissional de saúde e a equipe com quem ele estabeleceu vínculo. No âmbito coletivo, quando o serviço tem como postura o acolher, a comunidade estabelece o vínculo, aproximando-se do centro de saúde. Afirmativa que concorda com a fala de P3.

Eu acho que quando eles se sentem acolhidos, atendidos no que eles precisam. Entender qual a necessidade deles, se preocupar se eles procuram uma consulta e não têm, mas o preventivo já fez? E pra outras coisas né, eu acho (P3).

Nas falas dos trabalhadores a questão do acolhimento é bastante marcante. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010, p. 3619):

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas.

Desta forma, sendo uma proposta que visa à melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Concretizada no encontro do usuário que procura o serviço com os profissionais de saúde, que assumem a responsabilidade de acolher os usuários nas suas demandas, ouvi-los, negociar com eles e tentar resolver seus problemas da melhor e mais rápida forma possível. Sendo assim, um profissional precisa estar à disposição para realizar o primeiro acolhimento.

A compreensão do que é cuidado pelo profissional de saúde passa pelos mesmos contextos que os do usuário: são atravessados pelos conceitos de humanização e acolhimento presentes nos documentos das Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 2009), mas também pela cultura de medicalização da nossa sociedade.

É um processo de disputa, entre os vários modelos de atenção propostos em nossa sociedade, e, usuário e profissional são influenciados e também exercem influência na operacionalização destes conceitos no momento do cuidado. O que parece, em se tratando dos conceitos mais afetos à Política de humanização, é que eles ainda não se transformaram em ferramentas no cotidiano, ou pelo menos não em todo seu potencial, para que as necessidades do usuário sejam de fato apreendidas. Enfim, o que o usuário deseja é ser único, ou pelo menos compreendido na sua singularidade como nos alerta Merhy (2013):

Quando me torno usuário, sou imediatamente invadido por um tipo de inteligência que produz várias verdades para mim, que me orientam a pensar se os outros que irão cuidar de mim estarão ou não implicados com a noção básica de que minha vida vale a pena ser vivida e, portanto, defendida.

Fico imaginando, como usuário, se a capacidade dos trabalhadores e dos serviços de saúde aos quais me conectarei é suficiente em termos tecnológicos para dar conta do tipo de problema que tenho, se vão se preocupar com meu sofrimento, com minhas histórias de vida, com o que é fundamental para mim de maneira muito especial. Ou se vão me tratar de modo muito anônimo, sem ver que eu possuo muitas coisas em comum com

os outros que também têm o mesmo tipo de problema, mas que ainda tenho certos detalhes no meu modo de viver e apostar na minha vida que só fazem sentido para mim.

Fico imaginando como vão apreender ou captar isso sem me dar voz ou sem procurar recuperar parte das minhas histórias de vida por meio da conversa com quem já me conhece.

Como usuário, sou invadido por uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar. Esses elementos passam a ser meus critérios para avaliar o que pode estar acontecendo com o cuidado que vai sendo produzido em mim (MERHY, 2013, p. 59).

Podemos verificar que as falas dos trabalhadores e o texto de Merhy se completam, uma vez que todos querem ser acolhidos, ter suas queixas ouvidas, sentir-se seguros, e finalmente ter seus problemas solucionados.

5.3 A COMPREENSÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE E DO USUÁRIO SOBRE A REDE MÃE PARANAENSE

Durante as entrevistas, buscou-se saber qual o conhecimento dos participantes da pesquisa sobre a Rede Maternoinfantil – Rede Mãe Paranaense, uma vez que todos estão envolvidos e têm suas funções bem definidas nesta rede. Deparou-se com um conhecimento superficial sobre a rede em alguns profissionais da saúde e com relação à usuária e seus familiares, certo desconhecimento.

Nesta questão P1 demonstrou segurança na resposta e conhecimento técnico sobre o assunto, como podemos notar na fala abaixo:

A Rede Mãe Paranaense foi proposta em 2012 pelo governo do Estado do Paraná [...] A proposta principal desta rede foi a redução da morte, tanto das crianças quanto das mães no período da gravidez e no período do pós-parto, esse foi o objetivo principal da rede. Para conseguir esse objetivo, ela (a Rede) necessita de uma série de ações, sendo a primeira grande rede do governo estadual desta gestão [...] a primeira ação importante do programa é que o governo colocou esse tema da saúde como uma política de governo. Então não foi só a Secretaria de Saúde que se envolveu, o próprio governo do Estado se envolveu nessa ação [...] A ação prática da Secretaria de Saúde é referenciar a gestante para atendimentos em locais que elas tenham assistência mais completa [...] O Estado fez pactuações com os municípios para funcionamento das Redes. Assim elas (gestantes) são encaminhadas dependendo do risco, assim os hospitais menores passaram a não mais fazer os partos, por exemplo, cidades muito pequenas não têm atendimento obstétrico [...]. Aquelas cidades pequenas com poucos habitantes, elas ficaram sem atender as gestantes, eu acho que isso foi uma das ações assim muito importantes deste programa, atender as gestantes num local que se ela tiver alguma complicação ela possa receber atendimento completo tanto pediátrico como obstétrico (P1).

Em sua resposta, P2 iniciou a fala citando a Rede Mãe Paranaense, como um curso de capacitação, porém no decorrer do questionamento conseguiu apontar as principais propostas da Rede.

Nós recebemos uma capacitação na Rede Mãe Paranaense, através do APSUS, foi uma oficina realizada nas unidades de saúde, que realizavam a assistência à mulher e assistência ao pré-natal. E para os enfermeiros e médicos da Rede, tivemos também uma capacitação num local específico com ministrações vindas do Estado, por profissionais do Estado que vieram nos capacitar. A implantação eu acho assim que não é muito fácil a mudança do processo de trabalho, em si não é muito fácil, mas pra quem já estava na rede fazendo pré-natal há algum tempo, antes do Rede Mãe Paranaense ser implantada, na verdade é um complemento, o básico a gente já fazia, os exames básicos a gente já realizava, já pedia. E para mim o grande diferencial do Rede Mãe Paranaense é a classificação, nós não tínhamos o costume de classificar a gestante, não tínhamos essa estratificação pra relacionar essa classificação de risco. E para mim a Rede Mãe Paranaense foi o diferencial, a gente vê a gestante né com aquela estratificação de risco, voltando os olhos para o risco dela. Teve uma mudança, tanto na estratificação, e a introdução do exame da eletroforese de hemoglobina. Que eu me lembro uma coisa também que mudou foram as visitas na maternidade, não tinha. Depois da Rede Mãe Paranaense, que é feita uma agenda pra que as gestantes possam conhecer a maternidade, fortifica o grupo das gestantes, isso fortalece o grupo das gestantes quando você tem uma atividade que é inserida pra fora (P2).

P3, quando perguntada sobre a Rede Mãe Paranaense, citou a informação básica, de ser um acompanhamento da gestante, porém não se aprofundou, transparecendo como sendo mais um fluxo de atendimento à usuária (gestante).

Da Rede Mãe Paranaense eu sei o que vejo aqui no posto, que é o acompanhamento da gestante e depois do parto, o puerpério. Mudou para melhor, as mães são melhor atendidas (P3).

P4 relatou que não tinha conhecimento prévio da Rede Mãe Paranaense, até ser abordada por uma usuária, a partir deste momento procurou informações na internet e com alguns trabalhadores na UBS. P4 tem pouco tempo no serviço, não estava na equipe quando foi ministrada a capacitação sobre a Rede, o que pode justificar o seu pouco conhecimento do assunto.

Tive dificuldade, procurei na internet, porque às vezes tem gestante que vem conversar comigo. Aconteceu um caso esses dias, em que uma gestante veio e falou pra mim que ela tinha passado com a enfermeira, e tinha feito o cadastro no Mãe Paranaense. Eu acho que ela tinha entendido que iria receber um benefício do Mãe Paranaense, e ela falou que o neném

nasceu e ela não recebeu o benefício, e veio me cobrar. Eu falei que iria procurar saber melhor o que que é o Mãe Paranaense, o que eu sabia que recebia benefício era o bolsa família, mas agora o Mãe Paranaense eu não sabia. Vim, procurei na internet, achei pouca coisa, perguntei para a enfermeira, fui perguntando pra todo mundo o que sabiam. Até que me falaram que é um programa que atende as gestante e também as crianças que nascem baixo peso e fazem os acompanhamentos (P4).

Na temática do conhecimento da Rede Mãe Paranaense, observamos que houve uma grande diferença entre as opiniões dos profissionais de saúde. Podemos relacionar a formação, o tempo de serviço e interesse pelo tema.

Quadro 2 – Conhecimento dos Profissionais da Saúde sobre a Rede Mãe Paranaense

PROFISSIONAIS	CONHECIMENTO SOBRE A REDE MÃE PARANAENSE
P1 MÉDICO	Apresenta conhecimento teórico e técnico. Define como um programa que tem a proposta de reduzir a mortalidade materna e das crianças de até 1 ano de idade, sendo uma política pública do Estado do Paraná. Pontos importantes: estratificação de risco.
P2 ENFERMEIRO	P2 tem conhecimento da rede, descreve que foi feita uma capacitação na RMP pelo APSUS, sendo feita através de oficinas nas UBS. É realizada a assistência à mulher durante o pré-natal, trazendo uma mudança no processo de trabalho. Pontos importantes: estratificação de risco, e inclusão do exame de eletroforese.
P3 AUXILIAR DE ENFERMAGEM	P3 aparenta ter o conhecimento incipiente do assunto, não buscou aprofundar-se nos fluxos extra UBS, porém vê como atendimento a gestante como prioridade. Pontos importantes: melhoria no atendimento.
P4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Sem conhecimento prévio, relata que após ser indagada por uma paciente, procurou informações na internet e com alguns membros da equipe de saúde. Porém, durante a entrevista apresentava conceituações equivocadas sobre a temática. Ponto importante: atendimento da gestante.

Fonte: a própria autora

Ao abordamos o tema, o conhecimento da Rede Mãe Paranaense, nos remetemos ao processo de trabalho e às dificuldades enfrentadas na atenção básica com relação aos seus trabalhadores, pois a Rede Mãe Paranaense no Paraná e as redes materno infantis em outras localidades, são apenas mais uma das demandas de uma unidade básica.

Segundo Kanno, Bellodi e Tess (2012), os profissionais de uma equipe de saúde possuem uma realidade complexa nas UBS. Uma situação é a alta rotatividade dos profissionais da ESF, o que dificulta a consolidação da estratégia Saúde da Família e a manutenção de programas e protocolos. Outra dificuldade nos serviços de saúde poderia ser relacionada com problemas na formação e capacitação profissional, restrição de tempo, falta de conforto com os temas, receio de envolvimento excessivo com os usuários e sensação de impotência, aspectos vivenciados pelos profissionais da ESF.

Dificuldades estas que podem ser amenizadas utilizando uma ferramenta já conhecida nos serviços de saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS), que segundo Ceccim e Ferla (2008) pode ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem, que parte de produtos de conhecimento advindos do cotidiano vivido nas instituições de saúde, ou uma política de educação na saúde, a qual contribui para construção dos SUS. Outras estratégias para melhoria nos serviços em saúde seria a utilização de momentos de reuniões de equipe com discussão de casos, elaboração de planos terapêuticos singulares e projetos de saúde no território. Para isso se faz necessário planejamento das equipes e apoio da gestão.

Todos esses aspectos discutidos influenciam na forma com que o trabalhador em saúde lida com os usuários e suas queixas, assim refletindo na maneira que o cuidado vai ser efetuado pelas equipes de saúde, resultando ou não em benefícios para saúde da população.

De qualquer forma, considerando as necessidades, há todo um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados. Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere de modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde (FEUERWERKER, 2013, p. 45).

Em nosso estudo também perguntamos aos usuários, Aurora e familiares, qual entendimento que eles possuíam da Rede Mãe Paranaense. Como descrito no Quadro 3, as respostas de F1 e F2 foram de total desconhecimento e Aurora, que já havia ouvido falar, não sabia definir.

Quadro 3 – Conhecimento dos Usuários sobre a Rede Mãe Paranaense

USUÁRIOS	CONHECIMENTO SOBRE A REDE MÃE PARANAENSE
Aurora	Aurora informa que já tinha ouvido falar sobre a Rede Mãe Paranaense, quando questionada não sabia ao certo se era uma Instituição ou um tipo de cadastro, porém sabia que a usuária durante seu período de gestação e o bebê seriam acompanhados pela equipe de saúde da UBS.
F1	F1 quando perguntado, refere desconhecimento sobre o tema.
F2	F2 quando perguntado, refere desconhecimento sobre o tema.

Fonte: a própria autora

Esse desconhecimento referente ao que seja a Rede Mãe Paranaense vai ao encontro da análise dos dados do levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass (BRASIL, 2003), segundo o qual apenas 35% dos cidadãos entrevistados souberam citar, espontaneamente, com precisão, o que significa “SUS”, sendo que mais de 55% admitiram não conhecer o significado. Se a população apresenta dificuldade na definição do SUS, é compreensível o desconhecimento sobre a Rede Mãe Paranaense. Para Mendonça (2014), há um déficit na divulgação dos programas do SUS, o que contribui para o não conhecimento da população em relação ao conteúdo e benefícios dos seus programas.

5.4 EXPERIÊNCIA DE AURORA NA REDE MATERNOINFANTIL

Aurora iniciou seu caminho pela Rede na Urgência e Emergência, devido à queixa de problemas urinários. Foi em consulta no pronto atendimento municipal, porém omitiu a informação do atraso menstrual e a suspeita de uma possível gestação no serviço de Urgência e Emergência. Não satisfeita com o diagnóstico e com a conduta tomada pelos profissionais, por meios próprios se submeteu a um exame de ultrassonografia, sem pedido médico. Constatou a gestação de sete semanas.

Após a descoberta comunicou a família, depois de três dias iniciou seu pré-natal na UBS. Durante a gestação esteve em contato com diferentes

profissionais, vivenciando diferentes relações com cada um deles. Foi uma gestante que teve acesso aos atendimentos e exames, conforme o preconizado na Rede Maternoinfantil.

Em certo período de sua gestação foi estratificada como uma paciente de Alto Risco, por motivo de hipertensão arterial e obesidade, porém neste momento o serviço de referência estava em greve, e a mesma continuou seu pré-natal na UBS de referência. Durante esses meses apresentou algumas situações que a levaram a procurar o hospital de referência para gestantes de alto risco, tendo sido submetida a condutas e estabilização do quadro, sem mais agravos. Referiu que sempre foi bem atendida nas suas demandas.

Finalizando o seu período gestacional com normalização da pressão arterial, sendo reestratificada como risco habitual, teve seu parto normal na Maternidade Municipal, informando ter sido bem atendida. Durante todo este percurso contou com apoio familiar, evidenciando o papel do esposo e da sogra.

A trajetória de Aurora na Rede Mãe Paranaense teve um início diferenciado, quando comparado com o ingresso de uma gestante na rede formal. Segue abaixo a descrição:

A Unidade de Atenção Primária (UAP) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para a realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo Agente Comunitário de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família ou pela UBS. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação (PARANÁ, 2012, p. 31).

Ao analisarmos o caminho percorrido por Aurora, podemos verificar que a usuária fez a utilização da Rede Mãe Paranaense, mas também teceu sua própria rede, o que pode ser analisado pelo conceito de Redes Vivas trazida por Merhy.

Entretanto, as Redes Vivas são fragmentárias e, em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHY, 2014, p. 157).

Neste mesmo contexto descrito por Merhy, em que redes emergem em qualquer ponto, nos remetemos ao nosso caso. Ao pensarmos em redes vivas, não devemos nos ater somente ao trajeto retilíneo do usuário nos pontos de atenção, mas também nas diversas possibilidades construídas pelo usuário de uma rede, quer seja na maneira da utilização dos saberes formais ou populares, utilização das tecnologias, no modo como é produzido o cuidado nos ambientes de saúde, entre outras ações, as quais objetivam serviços de saúde mais eficazes.

“Construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde (BRASIL, 2009, p. 20)”, esta e outras sentenças contidas nos textos do caderno sobre Rede de Produção da Saúde (BRASIL, 2009), em que o Ministério da Saúde se posiciona que para afirmar os princípios do SUS é imprescindível outras possibilidades, entre elas a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. Foram encontradas experiências nas quais o “compartilhar” e o “pensar conjuntamente” promovem um ambiente de trabalho mais saudável onde se tece uma rede viva que sustenta as ações, substituindo o esforço individual de algumas pessoas por outra forma de trabalho em rede.

Ainda neste texto, é exposto que as unidades básicas de saúde, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, ao relacionarem com o território em que atuam ampliam as possibilidades, articulando ações individuais e coletivas, assim viabilizando as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, tendo uma visão que inclui a singularidade de cada lugar, com suas histórias, seus problemas, seus recursos, suas relações de poder.

Cada sujeito é singular com uma história marcada por trajetos únicos inserida no mundo, vivenciando em constante movimento, extensas e complexas teias de relações sociais em permanentes processos de redefinições, diante de novas escolhas e novas produções, individuais e coletivas. Desta forma, nos territórios há muitos indivíduos nas redes, estimulando recursos não convencionais de solidariedade, cooperação e criatividade, produzindo saúde e cidadania (BRASIL, 2009).

As redes de saúde, incluindo as redes vivas, se dão em um território. Segundo Godim *et al.* (2008), o território é um espaço singularizado que possui limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo

de atores sociais; resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). É imprescindível o reconhecimento do território para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Retomando Merhy (2014), as redes vivas são construídas nos territórios pela singularidade dos casos. Sendo assim, algumas redes vão servir em alguma situação, e para outros momentos não. Segundo Merhy (2014, p. 160):

[...] os usuários são Redes Vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas.

Aurora em seus relatos enfatizou que, durante seu período gestacional, principalmente nos primeiros meses, fez busca espontânea em serviços de referência, pois necessitou da utilização da atenção hospitalar, e se sentia muito amparada pelo serviço, uma vez que tinha a “carteirinha e o número de prontuário”.

[...] eu já tenho prontuário lá, na minha carteirinha já tem o número do meu prontuário, eles me colocam pra dentro [...] pelo pronto socorro, eu fico lá junto com as outras gestantes, eles atendem muito bem [...].

Enfatizou ter “*portas abertas no serviço*”, “*não precisa nem aguardar quando necessitava*”. Essas falas demonstravam a segurança em ser atendida, no momento que necessitasse do serviço, mesmo não sendo esse o fluxo preferencial estabelecido na Rede, mas foi a sua rede viva estabelecida.

Desta forma, verificou-se que os usuários, visando à singularização de seu cuidado, utilizam diferentes estratégias e recursos na produção de suas redes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscou-se compreender o processo de produção do cuidado das diferentes percepções na perspectiva de usuários e também dos trabalhadores de saúde, tendo como cenário a Rede Maternoinfantil – Rede Mãe Paranaense, no município de Londrina. A pesquisa enfocou a produção do cuidado da gestação ao parto na Atenção Básica. Foi utilizado como ferramenta o caso traçador, em que a partir de seus relatos foram selecionados os demais entrevistados. Pode-se perceber que toda a equipe se envolveu no atendimento a esta gestante. Verificou-se a trajetória da usuária pela rede formal e a rede formada por ela, uma vez que seguiu os protocolos de atendimento preconizados, no entanto, também percorreu outros serviços durante a gestação tecendo sua rede viva.

Em sua experiência Aurora traz uma importante reflexão: embora todo o protocolo da Rede Maternoinfantil tenha sido cumprido pela equipe da Atenção Básica, e isso ter sido reconhecido pela usuária, sua ansiedade e angústia relacionadas ao tipo de parto a acompanharam durante toda a gestação. É nesse ponto, quando o protocolar não alcança a necessidade do usuário, que o cuidado pede singularização. Especificamente relacionado ao tipo de parto, como foi discutido, muitos são os fatores envolvidos na ansiedade e na escolha da gestante. Não é uma escolha que parte apenas da racionalização dos riscos e benefícios dos dois tipos de partos e, conseqüentemente, o suporte necessário pede mais que uma intervenção nessa linha.

Uma possibilidade é o olhar da equipe multiprofissional, que no caso de Aurora não esteve presente durante o pré-natal. Os profissionais da psicologia, nutrição e fisioterapia da equipe NASF, que já fazem parte da UBS, trabalhariam a ampliação de vínculos e trocas e, portanto, aumentariam a oportunidade de escuta da usuária. Desta forma Aurora poderia ter mais respostas às suas queixas, o que daria mais segurança e amparo durante seu pré-natal. Uma das estratégias da equipe multidisciplinar, em se tratando de gestante, é o encontro entre mulheres vivendo o mesmo momento, que também poderia ter propiciado essa ampliação. De qualquer modo, a necessidade precisa ser identificada e problematizada com a equipe, para que possibilidades sejam encontradas.

Foi possível verificar que os trabalhadores da saúde, quando questionados sobre o cuidado, enfatizaram a importância do acolhimento, da escuta e valorizar a queixa do paciente nos encontros com usuários. E com essas atitudes o cuidado estaria mais próximo de ser produzido. Por outro lado, os usuários deram importância ao momento de escuta entre o paciente e trabalhador de saúde, e também relataram que a impessoalidade de alguns profissionais gera incômodo e insatisfação nos atendimentos. Porém, os usuários citaram que para se sentirem cuidados, se faz necessário procedimento, como solicitação de exames, prescrição de medicamentos e a consulta médica, que ainda é considerada central no cuidado de um serviço de saúde. Assim, como não poderia deixar de ser, a necessidade de acolhimento, escuta e vínculo, não prescinde da necessidade de acesso aos serviços e tecnologias disponíveis em nossa sociedade para assistência à saúde.

Tentou-se evidenciar as diferentes percepções e o caráter subjetivo do cuidado, pois apresentam características dependentes das circunstâncias, empatias, atendimentos às expectativas, entre outros aspectos como meio social, convivência e experiência familiar, aspectos culturais e as mídias, tanto de quem cuida e de quem é cuidado. É importante que essa reflexão seja feita pelos profissionais envolvidos no cuidado, especialmente como equipe, para que o trabalho não fique aprisionado apenas no protocolar, mas que possa ser desenvolvido em toda sua potencialidade durante o trabalho vivo.

Outra perspectiva analisada foi a apropriação sobre a Rede de Atenção à Saúde, no caso a Rede Materno-infantil, por trabalhadores e usuários. Esta questão nos trouxe a inquietação devido o desconhecimento da rede por parte dos usuários e apreensão desigual entre os trabalhadores. Situações que também podem ocorrer nas demais redes prioritárias do governo federal de atenção à saúde como: Urgência e Emergência, Psicossocial e Pessoas com Deficiência, trazendo prejuízos na assistência aos usuários, pois a implantação das redes tem como objetivo a melhoria do atendimento à população garantindo consultas, exames, estratificação de risco e outras medidas para a garantia de um cuidado na saúde de usuários mais completo e eficaz. Desta forma, se os trabalhadores desconhecem as Redes, podem ocorrer falhas importantes neste atendimento.

Uma das possibilidades já mencionadas para uma melhor apropriação dos protocolos e fluxos de atendimento pela equipe é a Educação Permanente em

Saúde (EPS). A Educação Permanente possibilita que a própria equipe reflita sobre seu processo de trabalho e busque transformar seu cotidiano. Além disso, os novos profissionais inseridos na equipe podem se apropriar naturalmente das rotinas e discussões, uma vez que a proposta é de que seja um processo constante, diferentemente das capacitações pontuais que buscam responder apenas uma demanda específica, em um determinado momento dos serviços.

Neste estudo, procurou-se compreender o caminho percorrido pela usuária, durante seu período de gestação ao parto: quais serviços foram utilizados, as pessoas às quais ela recorreu, enfim, como se teceu a rede viva produzida por ela. Observou-se a utilização principalmente dos serviços de saúde, às vezes não de maneira protocolar, porém de acordo com sua necessidade, como os serviços de emergências e exames. Também esteve presente o constante apoio dos familiares de seu convívio próximo. Assim verifica-se que os usuários estão o tempo todo criando as suas próprias redes de cuidado e compartilhando os saberes.

Os relatos de usuários e trabalhadores foram enriquecedores e importantes para compreensão dos serviços de saúde, pois apontaram as fortalezas presentes na unidade estudada, relacionadas à Rede Maternoinfantil, como o acesso às consultas, exames e insumos necessários. Além disso, possibilitou observar que usuários e trabalhadores possuem visão próxima do que seja o cuidado, mesmo que isso ainda não se reflita em um diálogo mais efetivo entre ambos. Com isso pode-se trazer para a discussão desta e de outras redes, a necessidade de uma maior incorporação das tecnologias leves, em um processo efetivo de educação permanente.

Este trabalho limitou-se a uma Rede de Atenção à Saúde específica, a Maternoinfantil, com enfoque no cuidado, tema este que se relaciona diretamente com a subjetividade do indivíduo. Para isso foi utilizada a metodologia qualitativa. No decorrer da pesquisa verificou-se que estudos com a junção do tema Rede de Saúde e Cuidado são escassos, sendo que são importantes para uma avaliação do quanto estamos indo ao encontro das necessidades do usuário. Assim outros estudos são válidos para a busca da melhoria dos serviços em saúde, a fim de proporcionar uma melhor atenção a população.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov.-dez. 2003.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011. p 44.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, p. 815-819, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999. P. 17-18.

_____. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, _____ 2005. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/issue/view/1/showToc>> Acesso em: 1 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS; 2003. p. 21.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p. 25.

_____. Constituição Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Capítulo II dos Princípios e Diretrizes, art. 7º, II. Diário Oficial da União – Seção 1 – 20/9/1990. p. 18055.

_____. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29/6/2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. **Indicadores de cobertura – F.8 Proporção de partos cesáreos**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31/12/2010. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Secretaria Executiva. Brasília, 2000. 44 p.

CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: Comun. Saúde Educ.**, v. 31, n. 13, p. 315-328, dez. 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2012. p. 210-215.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30 suppl. 1, 2014. p. S101-S116.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: **VER-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico] / Associação Brasileira da Rede Unida. FERLA, A. A.; RAMOS, A. de S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. de (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57.

_____. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 290-305.

FONSECA SOBRINHO, D. **Primeira história da medicina simplificada no Brasil**. Belo Horizonte: [s.n.], 1984. 261 p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/his-30380>>. Acesso em: 7 set. 2016.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p 27.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Ed. 34, 1992. 208 p.

HABERMAS, Jurgen. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987. p. 86-97.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 out. 2015.

KANNO, N. de P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LOPES, M. L. da S. **A produção do cuidado na atenção especializada**: uma análise a partir das afecções produzidas por um caso traçador. 2015. 158fls. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MENDES, E. V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDONÇA, M. L. M. de *et al.* O conhecimento da população do município de Campo Grande/MS sobre os programas assistenciais do SUS. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/124>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. **Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS**. Relatório Técnico Final. Macaé, RJ: 2013, p. 13.

_____. Ver a si no ato de cuidar: educação permanente na saúde. In: Associação Brasileira da Rede Unida; FERLA, A. A.; RAMOS, A. de S.; LEAL, M. B.; CARVALHO, M. S. de (Org.). **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 58-71.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidade girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Revista Divulgação em Saúde para Debate. **Redes de Atenção à Saúde – construindo o cuidado integral**. Rio de Janeiro, n. 52, out. 2014. p. 153-164. ISSN 0103-4383.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 278-284.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em 1 jan. 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

NASCIMENTO, R. R. P. do *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2015, p. 119-126.

OMS. **Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas**. Governo da Austrália Meridional. Adelaide, 2010. 4 p. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1>. Acesso em: 1 jul. 2014.

_____. **Declaração de Alma – Ata Saúde para Todos no Ano 2000**. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2014.

_____. **Declaração da OMS sobre taxas cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2016.

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação**. Conferência Regional sobre tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Conselho Estadual de Saúde. Relatório Final 10ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná**. Curitiba: SESA: CES, 2013, p. 22.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia – Rede Mãe Paranaense**. Paraná: 2012. 55 p.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. Seção II. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

SANTOS, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1. p. 107-114, fev. 2013.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-76, 2010.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. C. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva 2010**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr.-jun. 2012.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 282-289, mar.-abr. 2014.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), na pesquisa “A PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA: ANÁLISE DO SERVIÇO”, que tem como objetivo analisar este período na vida da mulher que requer atenção e cuidados; cuidados estes tanto no cotidiano como nos serviços de saúde relacionados a Rede Maternoinfantil, procurando compreender os serviços de saúde no município de Londrina. No caso de aceitar fazer parte desta pesquisa, você responderá a uma entrevista individual, que será gravada (áudio), posteriormente analisada e transcrita, o áudio da entrevista será excluído ao final da pesquisa. Além da entrevista, solicito autorização para observar os cuidados prestados pela equipe de Saúde da Família na sua casa.

A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca do cuidado em saúde realizado no SUS. Você tem liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma se realiza. Como em qualquer estudo, você poderá experimentar algum desconforto, relacionado à recepção do pesquisador no domicílio, relembrar alguns momentos marcantes positivamente ou negativamente que ocorrerem durante a gestação. No caso de algum prejuízo emocional, contataremos a equipe de apoio da ESF, para auxiliar na demanda criada. Contudo os benefícios esperados com a sua contribuição são: compreender as redes formais e informais utilizadas pelas usuárias e melhoria no cuidado por parte dos serviços de saúde nessa fase de vida da mulher.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-lo se julgar que sofreu algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo. Assim, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento. Eu, Clariana Fernandes Muniz Rocha coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa contactar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL), telefone: (43) 3371-5455.

Contato do Pesquisador:

E-mail: clarianamuniz@gmail.com Telefone: (43) 3258-6081 Celular: (43) 9911-1485

Pesquisador Responsável

DECLARAÇÃO DE ACEITE EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº _____, aceito participar das atividades da pesquisa: “A PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA: ANÁLISE DO SERVIÇO”.

Fui devidamente informado (a) que responderei a entrevista que será gravada (áudio), foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, e que os resultados deste estudo serão tornados públicos, e será assegurado o anonimato e sigilo quanto à identidade dos sujeitos do estudo.

Local e data: ____/____/____

Assinatura

Apêndice II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TRABALHADOR)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), na pesquisa “A PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA: ANÁLISE DO SERVIÇO”, que tem como objetivo analisar os serviços de saúde relacionados a Rede Maternoinfantil, procurando compreender a redes dos serviços e também a rede informal que o usuário produz, no município de Londrina. No caso de aceitar fazer parte da mesma, você responderá a uma entrevista individual, que será gravada (áudio), caso você autorize, que será posteriormente analisada e transcrita, o áudio da entrevista será excluído ao final da pesquisa. Também poderão ser observados no domicílio das famílias que acompanham, na unidade saúde da família que está vinculado e na microárea do território onde trabalha.

A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca do cuidado em saúde realizado no SUS. Você tem liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma se realiza. Como em qualquer estudo, você poderá experimentar algum desconforto, relacionado à recepção do pesquisador no local e horário de trabalho, no caso de algum prejuízo laboral ou emocional, contataremos a supervisão da UBS e equipe de apoio da ESF, para auxiliar na demanda criada. Contudo os benefícios esperados com a sua contribuição são: compreender as redes formais e informais utilizadas pelas usuárias e melhoria no cuidado por parte dos serviços de saúde nessa fase de vida da mulher.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-los se sofrerem algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo. Assim, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento. Eu, Clariana Fernandes Muniz Rocha coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa contactar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL), telefone: (43) 3371-5455.

Contato do Pesquisador

Email: clarianamuniz@gmail.com Telefone: (43) 3258-6081 Celular: (43) 9911-1485

Pesquisador Responsável

DECLARAÇÃO DE ACEITE EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº _____, aceito participar das atividades da pesquisa: “A PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA: ANÁLISE DO SERVIÇO”.

Fui devidamente informado(a) que responderei a entrevista que será gravada (áudio), foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, e que os resultados deste estudo serão tornados públicos, e será assegurado o anonimato e sigilo quanto à identidade dos sujeitos do estudo.

Local e data: ____/____/____

Assinatura

Apêndice III – Termo de Confidencialidade e Sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **Clariana Fernandes Muniz Rocha, brasileira, casada, fisioterapeuta, CPF 038.456.119-52**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**A Produção do Cuidado nas Redes de Atenção a Saúde com ênfase na Atenção Básica no Município de Londrina: Análise do Serviço**”, a que tiver acesso nas dependências da Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da dos itens “indicar”, acima mencionados.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Local, ___/___/___.

Ass. _____

Clariana Fernandes Muniz Rocha

ANEXO



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA: ANÁLISE DO SERVIÇO

Pesquisador: Clariana Fernandes Muniz Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42841615.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.154.454

Data da Relatoria: 03/07/2015

Apresentação do Projeto:

As Redes de Atenção a Saúde, são a nova alternativa para organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (CONASS, 2012). No entanto, para que ocorra efetividade nas ações em saúde, se faz necessário a atenção na produção do cuidado do indivíduo e no modo de construção dos encontros entre profissionais e usuário

Objetivo: analisar a produção do cuidado nas redes de atenção saúde com ênfase na atenção básica do município de Londrina.

Métodos: pesquisa exploratória qualitativa, com observação, análise de documentos e entrevistas semiestruturadas.

O trabalho de campo será realizado no município de Londrina, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) -

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

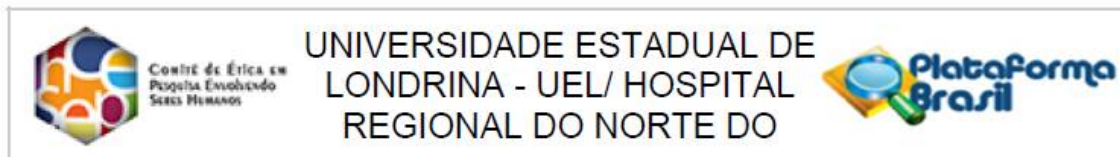
Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.154.454

Atenção Básica, a ser definido. Os sujeitos da pesquisa serão selecionados a partir da sugestão do serviço, os usuários serão escolhidos a para servirem de casos traçadores, sendo que a partir dele será estudada a rede construída. Análise dos dados será feita através dos produtos de observação registrados e a transcrição das análises de documentos. Resultados Esperados: que as redes de atenção criadas pelo usuário não seja formada apenas por redes formais e que ocorra relatos de falhas na produção do cuidado por parte dos trabalhadores de saúde e fragilidade das redes de saúde. Desta forma esta trabalho terá como intuito contribuir para elaboração de estratégias para melhora da produção de cuidado e efetividade do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a produção do cuidado na Rede de Atenção Materno-Infantil no município de Londrina.

Objetivo Secundário:

Descrever as experiências do usuário com enfoque nas formas da produção de cuidado; Compreender a Rede de Atenção Materno-Infantil utilizada

por usuárias no município de Londrina; Analisar o movimento realizado por usuárias nas Redes Vivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o projeto a pesquisa não produzirá riscos

Benefícios:

Contribuição de estratégias para melhora da produção de cuidado e efetividade do serviço

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante para analisar o programa "mãe paranaense" e o atendimento prestado aos usuários

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.154.454

desse programa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inicialmente foi solicitada a modificação do TCLE. As alterações foram realizadas. De forma que não existem novas pendências.

Recomendações:

Foram seguidas todas as recomendações expressas no parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto esta de acordo com as exigências legais. Não existem recomendações ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 20 de Julho de 2015

Assinado por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br