

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
ELISA SANTOS MAGALHÃES RODRIGUES

A nova Caderneta de Saúde da Criança: uso e compreensão por profissionais de saúde e usuários da rede pública de Fortaleza-CE.

Fortaleza

2012

ELISA SANTOS MAGLHÃES RODRIGUES

A nova Caderneta de Saúde da Criança: uso e compreensão por profissionais de saúde e usuários da rede pública de Fortaleza-CE.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Tavares Machado

Fortaleza

2012

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

A nova Caderneta de Saúde da Criança: uso e compreensão por profissionais de saúde e usuários da rede pública de Fortaleza.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Tavares Machado

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado

(Orientadora MSP/UFC)

Prof.^a Dr.^a Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

(MSP/UFC)

Prof.^a Dr.^a Elsa Regina Justo Giugliani

(Prof. Dr. Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. Luciano Correia

(MSP/UFC)

AGRADECIMENTOS

Aqui pretendo externar uma parte dos meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que participaram direta ou indiretamente da concepção desta pesquisa e de sua materialização.

Início meus agradecimentos:

À Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado, pela oportunidade, confiança e disponibilidade nesta caminhada do mestrado com seus ensinamentos na abordagem qualitativa. Especialmente, agradeço pela compreensão neste percurso, pela humanidade como trata seus alunos, percebendo-os no âmbito de seus limites e possibilidades.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, pela receptividade, acolhida e fantástico processo de aprendizagem, não só na pesquisa, mas, acima de tudo, para a vida.

À Secretaria do Mestrado, por todo o apoio, disponibilidade e empenho em facilitar esta caminhada

A todos os meus colegas de curso (2010), os quais me renderam belas e preciosas amizades.

À minha família, pelo apoio e estrutura nesta caminhada, sempre com carinho e compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, pela autorização para que eu realizasse esta pesquisa na rede.

Aos coordenadores e funcionários das unidades de saúde que visitamos e que compuseram esta pesquisa, pela disponibilidade, paciência e receptividade.

A todos os sujeitos que participaram desta investigação parte fundamental para sua materialização. O meu agradecimento pela oportunidade de experienciar, compartilhar e adentrar universos, casas e a intimidade profissional destas pessoas.

À Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Souza que me auxiliou e iluminou muitas questões no universo qualitativo e, especialmente, pela disponibilidade e doação nesta pesquisa.

Ao grupo de pesquisa Saúde Materno-Infantil, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado, espaço que serviu para discussões, opiniões e contribuições para desenvolver este trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro e simbólico para que este trabalho pudesse ser realizado.

RESUMO

A caderneta de saúde da criança, documento produzido pelo SUS, pretende estabelecer um diálogo com a família e profissionais para a vigilância da saúde infantil, com enfoque no seu crescimento e desenvolvimento. Objetivou-se avaliar a nova Caderneta de Saúde da Criança com suporte nas experiências, compreensões e significados constituídos desta tecnologia, na Atenção Básica, no Município de Fortaleza-CE, sob a percepção de usuários e profissionais de saúde. Realizou-se uma avaliação qualitativa, à luz da hermenêutica-dialética, em seis unidades de cada regional, tomadas aleatoriamente. Utilizou-se a observação sistemática na rotina dos serviços e consultas e entrevistas semiestruturadas com 12 profissionais de saúde e 18 usuários, selecionados por sorteio. O exame foi realizado por meio da Análise de Discurso do material empírico. Os resultados foram organizados em quatro categorias analíticas centrais, nas quais foram reagrupadas as categorias empíricas: 1. *As vivências e significados constituídos pelos sujeitos com relação a CSC*, onde a caderneta aparece como uma tecnologia de auxílio para maior parte das usuárias, evidenciando aspectos do crescimento, amamentação, direitos e vínculo familiar. Para os profissionais, a caderneta aparece como um instrumento restrito à prática profissional para registro de informações do crescimento e desenvolvimento infantil; 2. *A experiência de profissionais e usuários com a caderneta de saúde da criança na perspectiva dos sujeitos*, em que os usuários conseguem perceber esta posição mais conservadora do serviço e sua exclusão do processo, bem como os profissionais atribuem pouco valor por parte das mães à caderneta e as informações ali contidas; 3. *Limites e possibilidades percebidos pelos profissionais e usuários para o trabalho com a caderneta de saúde da criança*. As dificuldades são derivadas das limitações de conhecimento sobre o instrumento; da não complementaridade na caderneta das ações de diversos profissionais que assistem a criança; dos enfrentamentos cotidianos do processo e da organização do trabalho das equipes de Saúde da Família que dificultam a utilização da caderneta; do desinteresse e descuido das famílias com o instrumento. As usuárias referem falta de estímulo do serviço, tempo, diálogo e humanização nas relações; e 4. *Sugestões apontadas pelos profissionais de saúde e usuários para experiências mais exitosas com a caderneta de saúde da criança*. A pesquisa aponta caminhos possíveis e necessários para melhorar a utilização da caderneta como instrumento de vigilância integral à saúde da criança como a melhor exploração do material pelo serviço junto aos usuários na puericultura e estímulo às ações educativas. Além disso, relatam a necessidade de capacitação e sensibilização do serviço para o trabalho com a

caderneta. O estudo aponta para a necessidade de um olhar diferenciado do serviço em relação ao usuário, com ênfase na sua capacidade de escolha e de aprendizado no seu contexto. Além disso, demonstra que apesar de os profissionais subestimarem a eficiência de ações como as que a caderneta exige no cotidiano das pessoas, observa-se que o investimento em Educação em Saúde com compromisso do serviço ancorado em referenciais mais reflexivos pode contribuir para o processo de cuidado na atenção à saúde da criança.

Palavras-Chaves: Saúde da Criança. Promoção da Saúde. Pesquisa Qualitativa. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Children's health booklet, a document issued by SUS, aim to establish a dialogue between family and professionals in order to monitor children's health focusing on children's growth and development. This paper aimed to evaluate the new Child Health Handbook based on the experiences, understandings and meanings built by this technology, in the Primary Attention, in the city of Fortaleza-CE, under the perception of Health professionals and its users. A quality assessment was conducted, in light of the hermeneutic-dialectic, in six units from each region, randomly selected. A systematic observation was used on the services routine and doctor's appointments, and 12 semi-structured interviews with health professionals and 18 users of the service, selected by lot. The analysis was performed using Discourse Analysis of the empirical material. The results were organized in four main analytical categories in which we brought together the empirical categories: 1. The experiences and meanings made by the subjects related to CSC, where the booklet is there as a technology to help the most part of users revealing aspects of growth, breastfeeding, family ties and rights. For the professionals the booklet is there as an instrument restricted to the practice in order to record the children's growth and development information; 2. The experience of professionals and users with the booklet of child health in view of the subject, where users can understand this more conservative nature of the service and its exclusion from the process, as well as professionals place little value on the mothers side to the booklet and information that is there; 3. Limits and possibilities noticed by the actors to work with the child's health booklet. The difficulties come from the limited knowledge about the instrument; the non filling out of the actions of various professionals who take care of the child on the booklet; the fighting everyday process and the organization of the work of family health teams that make the booklet usage harder, the lack of interest and the neglect of families with the instrument. The users mention lack of stimulation by the service, time an dialog, and humane relation and; 4. Suggestions made by health professionals and users to the most successful experiences with the children's health booklet. The research shows possible and necessary ways to improve the usage of the booklet as a tool for a complete monitoring of children's health as better exploitation of the material by the service with users in the child care and educational stimulation. In addition, they report the need for training and awareness of the service to work with the booklet. The study points to a need for the service to have different way of dealing from the user, emphasizing their ability to choose and learning in context. Also, clarifies that despite the professionals

underestimate the effectiveness of actions as the booklet calls for people's daily lives, we observed that investment in health education with a commitment of service anchored in more reflective references can contribute to the process of careful attention children's health.

Key Words: Child Health. Promotion of Health. Qualitative Research. Evaluation of Health Services

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Encontros e ressignificações na elaboração do objeto.....	11
1.2 Aspectos introdutórios.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 Políticas de atenção à saúde no Brasil.....	18
2.2 A Promoção da Saúde: concepções e sua interface com a Educação em Saúde.....	25
2.3 Tecnologias em Saúde.....	37
2.4 A nova Caderneta de Saúde da Criança.....	44
2.5 O crescimento e desenvolvimento infantil: concepções e a conformação das ações para o cuidado à criança.....	51
3 OBJETIVO.....	58
3.1 Objetivo geral.....	58
3.1 Objetivos específicos.....	58
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	59
4.1 Avaliação qualitativa.....	60
4.2 Exploração do campo.....	67
4.2.1 <i>Local e sujeitos do estudo</i>	67
4.2.2 <i>Entrevistas semiestruturadas</i>	72
4.2.3 <i>Observação sistemática</i>	75
4.3 Análise.....	77
4.4 Dos objetivos da avaliação e retorno institucional.....	79
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81

5.1 O material empírico de observação.....	81
<i>5.1.1 O percurso da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde.....</i>	81
<i>5.1.2 A aproximação com a realidade apresentada e observada.....</i>	84
5.2 Apresentação e discussão do material das entrevistas.....	97
<i>5.2.1 As vivências e significados constituídos pelos sujeitos com relação à Caderneta de Saúde da Criança.....</i>	100
<i>5.2.1.1 O universo dos usuários.....</i>	100
<i>5.2.1.1.1 Tecnologia de auxílio no cuidado à criança.....</i>	101
<i>5.2.1.1.2 Registro de imunizações.....</i>	111
<i>5.2.1.2 O universo dos profissionais de saúde.....</i>	114
<i>5.2.1.2.1 O saber e o fazer: interfaces limitadas.....</i>	114
<i>5.2.2 A experiência de profissionais de saúde e usuários na perspectiva dos sujeitos.....</i>	123
<i>5.2.2.1 As percepções dos usuários a respeito das práticas profissionais com relação à Caderneta de Saúde da Criança.....</i>	124
<i>5.2.2.2 As percepções de profissionais sobre as vivências dos usuários com a Caderneta de Saúde da Criança.....</i>	132
<i>5.2.3 Limites e possibilidades percebidos pelos sujeitos para o trabalho com a Caderneta de Saúde da Criança.....</i>	140
<i>5.2.3.1 O discurso dos usuários.....</i>	140
<i>5.2.3.1.1 Ser mãe exige tempo.....</i>	140
<i>5.2.3.1.2 A falta de estímulo e orientação nos serviços.....</i>	142
<i>5.2.3.1.3 O acesso aos serviços de saúde.....</i>	144
<i>5.2.3.1.4 O campo escasso das tecnologias leves.....</i>	145
<i>5.2.3.1.5 Entre gráficos e vivências.....</i>	146

5.2.3.2 <i>O discurso dos profissionais</i>	148
5.2.3.2.1 Qual profissional é responsável pelo manuseio da Caderneta de Saúde da Criança?...	148
5.2.3.2.2 Falta de capacitação profissional.....	150
5.2.3.2.3 Falta continuidade nas ações em saúde.....	151
5.2.3.2.4 Percepção “medicalizada” da comunidade.....	153
5.2.3.2.5 As dificuldades estruturais da ESF.....	154
5.2.3.2.6 A formação profissional médica.....	159
5.2.4 Sugestões apontadas pelos profissionais de saúde e usuários para experiências mais exitosas com a Caderneta de Saúde da Criança	160
5.2.4.1 <i>A Educação em Saúde como o centro das necessidades de profissionais e usuários</i>	160
5.2.4.2 <i>Capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde</i>	168
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICES	195
ANEXO	202

1 INTRODUÇÃO

1.1 Os encontros e ressignificações na elaboração do objeto

Portanto, um certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade.

Lilian Schraiber

Falar de onde 'se fala' é pensar sobre a trajetória e refletir o que nos fez chegar até aqui. Onde reside tal importância? No fato de contextualizar ao leitor as implicações e, desta forma, fazê-lo perceber através de qual lente pretendemos fazer uma leitura do fenômeno a seguir ressaltado. Primeiramente, o resgate que tencionamos inicia-se na graduação, na qual o contato com a saúde coletiva e a pesquisa científica acontecerem em momentos diferentes. A pesquisa científica nos foi apresentada de forma rigorosa, capaz de alcançar elementos da realidade que se operavam de maneira regular, sistemática e universal. Era necessário, portanto, nos distanciar do contexto, de forma a negar qualquer subjetividade, para que estas observações ganhassem o *status* de verdade.

Muitas lacunas, contudo, eram percebidas, ou melhor, sentidas. Produzir uma ciência universal, na qual os números e testes estatísticos seriam de *per se* capazes de dar conta das questões pretendidas e do fenômeno saúde na sua completude era frequentemente questionada pela própria realidade e negada pelas diferentes formas de manifestações e comportamentos, ou na maneira de compreendê-los no contato com os usuários, com outros profissionais, enfim, no cotidiano das ações.

Paralelo a este íntimo incômodo, aconteceu o contato com o Movimento Estudantil e, mais precisamente, com a militância em defesa do SUS e toda sua constituição político-ideológica, o que, certamente, conseguiria nos situar nos alicerces da integralidade, equidade e universalização das ações em saúde e, conseqüentemente, na conformação de um modo diferente de se tentar entender e operar saúde. Tal fato balizou algumas reflexões sobre a impossibilidade de dissociar a saúde do seu contexto social e histórico de produção; premissa que se ratificou e definiu um caminho durante a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde, que, tendo como base um paradigma não hegemônico com a

pretensão de se trabalhar as ações de forma multiprofissional e transdisciplinar, ressaltou mais precisamente estas questões. Especificamente, a intensa jornada na Atenção Básica, como percurso metodológico na Residência, definiram uma área de interesse, a Saúde da Criança. Ademais, não poderíamos deixar de expressar a experiência pessoal de uma gravidez nesta fase, que, por sinal, muito difícil, fato este que certamente nos fez despertar com maior interesse pela atenção à saúde infantil e nos situa no tema com muita afeição.

Era interessante observar as ações na rotina do serviço nas unidades de saúde e, mais precisamente, como o campo relacional influenciava no alcance e efetividade destas ações. Na saúde da criança, a maior preocupação, em primeiro lugar, residia em impedir que as crianças adoecessem ou morressem e, seguidamente, que pudessem viver de forma que fosse possível desenvolver todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento para que se tornasse um adulto saudável. Muitos são os avanços científicos e teóricos que orientam os profissionais na rotina de seu atendimento. A Caderneta de Saúde da Criança apresenta-se para o serviço como tecnologia com saberes e práticas instituídas e materializa-se como instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança, que, além do registro e monitoramento, pretende estabelecer um diálogo entre o serviço e a família, no cuidado à criança. Exibe uma série de orientações, consideradas indispensáveis no cuidado, que tanto os profissionais quanto os usuários devem seguir para que a criança, objeto específico do cuidado, cresça e se desenvolva com saúde em todas as dimensões de sua existência.

Com efeito, podemos observar em nossa prática que, muitas vezes, profissionais e usuários atribuem sentidos diferentes ao crescimento, desenvolvimento e ao próprio cuidado com as crianças. Conseqüentemente, os saberes e instrumentos utilizados no desenvolver das ações em saúde, como o monitoramento e a vigilância, podem ser interpretados, significados e operados de maneiras diversas sob diferentes contextos. Ademais, o usuário tem a opção de aceitá-los ou não como prática na sua rotina e dentro daquilo que acredita e adota como cuidado. A própria concepção de infância anfele dimensões e significados diferentes, o que define como estas pessoas lidam com as intercorrências e o que consideram intercorrências neste percurso.

A maneira, porém, com que as práticas em saúde são operadas, centradas no paradigma biomédico, no qual o profissional é detentor de uma verdade cristalizada, unidirecionada, fragmentada e incapaz de visualizar o usuário como agente no processo

saúde-doença, nos levou a refletir sobre o potencial de alcance das nossas ações. Ao ser lançada a caderneta, em 2009, e suas frequentes alterações, pautadas, sobretudo, na integralidade das ações, passamos a indagar em que sentido os agentes do cuidado – profissionais e usuários - compreendem esta nova proposta, não apenas centrada na mensuração de seu uso, mas na compreensão das interpretações e subjetivações que delineiam o modo como é utilizada. Consoante a Sociologia compreensiva de Weber, “o caráter definidor da ação social é seu sentido.” (Apud MINAYO, 2010, p.59). “Na ação está contida toda a conduta humana, na medida em que o autor lhe atribui um sentido subjetivo”. (WEBER, 1974, p. 110). Ou seja, existe um componente subjetivo que opera sobre a ação e, ao mesmo tempo, é operado no agir. Adentrar este plano simbólico, da subjetivação e significados, considerando-os orientadores das nossas práticas, é, ao mesmo tempo, refletir sobre a possibilidade de sua efetividade e alcance.

Entendemos que o sucesso prático, assim como vários autores que abordaremos, encontrará possibilidades de se materializar com suporte no diálogo, na abertura mútua, na compreensão da cultura, no contexto social e na história que compõem e produzem o indivíduo. Se considerarmos que os seres humanos medeiam suas ações nos sentidos e significados que atribuem às coisas, entendemos que a subjetivação e o simbólico constituídos acerca do fenômeno do adoecer, da saúde e da vida delineiam como estes recebem e processam os saberes científicos, que, por muitas vezes, exigem uma mudança de comportamento

Ações verticalizadas, sem compreensão do contexto, dos valores e significações incorporados por determinados grupos sociais, podem comprometer o sucesso e resolubilidade das nossas ações, sejam elas no âmbito das práticas, das políticas ou da pesquisa. Abordagens que pretendam incorporar às reflexões e na tomada de decisão a “voz” dos atores envolvidos neste processo, haja vista a complexidade do fenômeno saúde, e as várias dimensões abordadas e estudadas, tornam-se cada vez mais importantes, a fim de melhor compreender e operar transformações na realidade. Os agentes principais aqui entendidos são os profissionais das unidades básicas de saúde que experienciam diariamente as dificuldades e habilidades do cuidado à criança e os usuários que tanto elaboram e como se apropriam desse cuidado.

1.2 Aspectos introdutórios

Este trabalho tem como ponto de partida uma problematização da nova Caderneta de Saúde da Criança, tecnologia lançada em 2009, quanto à sua utilização e percepção por usuários e profissionais de saúde. Trata-se, portanto, de um estudo avaliativo, que pretende conhecer e entender como este instrumento é utilizado e foi incorporado nos serviços de saúde, bem como os usuários e profissionais percebem estas ações na Rede Básica de Saúde de Fortaleza, CE, na rotina do cuidado à criança.

É importante ressaltar que o movimento das políticas públicas de saúde para a criança obedece a uma caminhada histórica. Hoje, assume uma concepção de infância de direito, resultante de um longo processo de transformações na organização social (ARIÉS, 1981). Entende-se esta fase como um segmento especial diferenciado do restante da população (LARA; GUARECHI; HUNING, 2009). A marcante vulnerabilidade nesta fase faz com que o crescimento e o desenvolvimento constituam indicadores “sentinela” na avaliação do desenvolvimento socioeconômico e de saúde da comunidade onde as crianças estão inseridas (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007)

Com a emergência do debate da Atenção Primária a Saúde (APS), houve a tentativa de reorientar a atenção, de modo que as práticas em saúde pudessem extrapolar o olhar biológico e visualizar os cuidados em saúde no seu contexto de ação. Em paralelo, as discussões de Promoção e Educação em Saúde ganham espaço e se incorporam às políticas, configurando-se como estratégias para o setor, especialmente na Atenção Básica, no Brasil, consolidada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ABRASCO, 2010). As ações de saúde para a criança, assim como as principais ações de saúde, passariam a ser consideradas em seu âmbito de cuidados primários à saúde. A saúde da criança viria abraçar a criança em seu cotidiano (LARA, 2009)

A saúde da criança no SUS é organizada com base numa ideia de atenção integral, feita na lógica do cuidado, capaz de articular saúde com um processo que vincula ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doença. A noção de cuidado vincula-se à discussão ética na saúde, pois questiona os modos de fazer saúde e a relação entre profissionais e usuários. Parte-se de uma negação da lógica hegemônica biomédica que, historicamente, organizaram os serviços de saúde, priorizando tecnologias e equipamentos. Para isto, Merhy (1998; 2002) situa a falência deste modelo, à medida que não tem sido eficaz na terapêutica do processo saúde-doença, por si tornando complexo e associado ao

mundo das relações e significados. Para o autor, atenta-se para o arsenal tecnológico no espaço das relações estabelecidas nos serviços de saúde. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (MERHY, 2002; COELHO; JORGE, 2009), tendo como enfoque a qualidade de vida dos cidadãos usuários do Sistema de Saúde (MARQUES; LIMA, 2004).

Atualmente as ações de saúde para a criança encontram âncora na Atenção Básica e orientam-se pelas linhas de cuidado da “*Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*”, as quais focam o acompanhamento do CD, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2005; 2008). No desenvolvimento dessas ações, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como instrumento tecnológico essencial de vigilância e acompanhamento dos eventos que se consideram mais significativos para a saúde infantil, repercutindo no seu crescimento e desenvolvimento (GOULART *et al*, 2008; ALVES *et al*, 2009).

Trata-se de um documento de domínio público produzido pelo SUS e utilizado como manual de orientação dos cuidados que devem ser dirigidos às crianças pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos pais (LARA, 2009). A Caderneta de Saúde da Criança substitui o antigo Cartão da Criança, criado com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo aprimorado ao longo dos anos, edificando uma abordagem multidimensional do cuidado, os quais amarram a saúde a todos os fatores que dizem respeito a sua existência e ao momento da vida (LARA; GUARESHI; HUNING, 2009; GOULART *et al*, 2008).

A nova proposta de documento tem como eixo de atenção a saúde da criança, o crescimento e o desenvolvimento saudável. Considera a interação de várias dimensões no processo de CD. Assim, as ações em saúde pretendem extrapolar a visão sobre o biológico reducionista e perceber este processo no espaço em que é produzido (BRASIL, 2008).

Com efeito, a Caderneta de Saúde da Criança, em sua apresentação atual, ampliou a faixa etária da população-alvo, incluindo crianças de zero a dez anos de idade, as novas curvas de crescimento desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), vigilância do CD em condições especiais como a síndrome de Down e o autismo, além do incentivo ao aleitamento materno, alimentação saudável, estímulo do vínculo entre o cuidador

e a criança e considerações sobre a importância de um ambiente emocional saudável e protetor (BRASIL, 2009). Esta modificação amplia o campo de práticas que o documento passou a acompanhar, tornando possível intervir por meio de um viés de atenção integral à saúde da criança e deslocando o foco das práticas apenas do aspecto curativo (DE LARA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a Caderneta deve ser apropriada pelas famílias, que devem participar e acompanhar o CD, garantindo o cuidado integral com a criança e os seus direitos como cidadã. Para que isso venha a se concretizar, é fundamental o preenchimento da Caderneta pelos profissionais de saúde. Desta forma, recomenda-se a todos os que cuidam da população infantil - seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições - observarem as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando maior conhecimento do seu histórico de saúde (BRASIL; 2005, 2009). Além dos pais e profissionais, muitos dos discursos produzidos pela Caderneta passam a ser incorporados por pessoas não diretamente envolvidas com a educação e o cuidado de crianças, mas que os tomam como referências do que seja uma atenção adequada para elas (LARA, 2009).

Para que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil, é essencial sua utilização adequada, o que inclui o registro correto e completo das informações, e, sobretudo, o diálogo com a família sobre as anotações ali realizadas e as informações contidas no documento. Poucos estudos na literatura abordam o trabalho com a caderneta de saúde da criança. Nossa revisão permitiu observar apenas trabalhos de abordagem quantitativa que investigaram o preenchimento, pelos profissionais, deste material. Esta literatura aponta uma subutilização e desvalorização desta tecnologia pelo serviço ((FROTA et al., 2007; RATIS; BATISTA FILHO, 2004; SANTOS et al., 2000; VIEIRA, 2005). Assim como Goulart et al. (2008) e Alves et al. (2009), entendemos que a valorização e a apropriação da CSC pela família podem refletir a maneira como este instrumento é trabalhado nos serviços de saúde.

Sobre isto alguns questionamentos acerca do emprego da CSC começaram a se conformar: como esta tecnologia é utilizada por profissionais nos serviços de saúde? Como os usuários percebem e dão significados ao seu uso? Qual a importância atribuída pelos profissionais de saúde e usuários? Quais os limites e obstáculos percebidos por estes sujeitos ao utilizar a CSC para o cuidado da criança?

Nesta direção, Novaes (2000) expressa que as indagações referentes à qualidade dos serviços prestados, a pertinência das tecnologias utilizadas e sobre os modelos

assistenciais aplicados, dentre outros, convocam a avaliação como um instrumento na busca de respostas. Furtado (2009) entende o objeto da avaliação como “articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com bases em decisões eminentemente políticas para operar modificações em uma dada situação problemática.” (P.717).

Por conseguinte, os objetos qualitativos não estão entendidos apenas como dispositivos com propósitos ou modelos lógicos, mas também como se responde às demandas de ordem subjetiva, oriunda dos sujeitos inseridos no processo modificador (FURTADO, 2009). De tal modo, para Deslandes (1997), avaliar é também decodificar conflitos, visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência. Bosi e Mercado (2006) enfatizam a emergência de novos enfoques no campo da avaliação que se propõem a dar conta de problemas práticos da realidade considerando a perspectiva e experiência dos agentes envolvidos nos fenômenos com base em uma atitude crítica, interpretativa e participativa (TEJADA-TAYABAS, 2010)

Concordamos com Minayo (2010), ao assinalar que o universo simbólico do indivíduo determina como este encara o processo saúde-doença. De , a refeitelevância desta investigação baseia-se em evidenciar experiências com a caderneta na atenção primária à saúde pelos produtores do cuidado à criança, sendo estes considerados por nós, usuários e profissionais de saúde. O estudo poderá incitar reflexões da temática pelos participantes ou, em outro momento, contribuir com o planejamento nos serviços para as ações cujas perspectivas sejam a vigilância à saúde da criança.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A política de atenção à saúde da criança no Brasil

Entender os saberes, atitudes e práticas que modelam a Atenção à Saúde infantil requer uma contextualização histórica que tece a própria concepção social da infância, a ideia de responsabilização por esta fase e a conformação de políticas públicas, aqui especialmente recortada, no âmbito da saúde. Trataremos neste capítulo dos marcos históricos que culminaram na organização atual da Política de Atenção à Saúde da Criança.

Entendemos que a reflexão pretendida acerca da conformação das políticas públicas direcionadas para as crianças não se opera fora do escopo da noção de infância. A percepção mais difundida da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento no mundo moderno resultou de um longo processo, que possibilitou transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até o âmbito público da convivência social. Assim, a infância e a adolescência passam a ser entendidas como categorias socialmente constituídas, exigindo adoção de práticas sociais condutoras da formação da identidade desta população (ARIÈS, 1981).

Dois enfoques podem ser destacados neste sentido: a preocupação do Estado em controlar e manter a mão de obra na manutenção da atividade econômica sob uma perspectiva desenvolvimentista, na qual “quem cuida de suas crianças, cuida do futuro de uma nação” e, na contramão ideológica, com o alargamento do debate dos direitos humanos, que consolidaram a especificidade e atenção especial nesta fase da vida. Com efeito, a assistência, à saúde e à educação legitimaram-se como dimensões fundamentais, adquirindo publicidade e laicização, ou seja, assumiram caráter universal, obrigatório e de responsabilidade do Estado (MENDONÇA, 2002).

As ações direcionadas ao cuidado das crianças vão desde a filantropia, da causa religiosa que considerava as crianças como anjos, até os primeiros registros de ações e programas voltados para a saúde da criança iniciados na década 1920 aos anos 1960, baseados na profilaxia dos espaços coletivos que abrigavam crianças (creches, escolas, colégios, dispensários, domicílios etc.) contra doenças transmissíveis e evitáveis e atenção ao cuidado

materno. Em 1974, com o objetivo de urgentemente reduzir a morbimortalidade materno-infantil, houve a criação e implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI) sob respaldo técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS) (SILVA, 2006). O órgão responsável pela elaboração das orientações programáticas oficiais de caráter preventivo, contudo, tanto para a atenção individual como coletiva, utilizava uma metodologia de planejamento centralizadora, de maneira que tais propostas, ante a diversidade das regiões brasileiras, não podiam ser efetivadas, restringindo sua implantação ao âmbito da Capital Federal (SILVA, 2006).

Após debates e reflexões efetuadas na década de 1970, no plano da saúde, incitou-se o desafio de extrapolar a perspectiva centrado no plano biológico e considerar as dimensões sociais e psíquicas dos indivíduos e coletivos no contexto em que ocorrem, assumindo, desta forma, a complexidade da vida humana.

Alguns marcos, como a 30ª Conferência Mundial de Saúde (1977), assumem o debate de universalizar a saúde. Este evento, cunhou o lema “Saúde para todos no ano 2000”, desdobrado em 1978 na Conferência de Alma-Ata, na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) foi aprovada como estratégia de organização da atenção à saúde, especialmente em países subdesenvolvidos com dificuldades de universalização e acesso das ações em saúde e alta morbimortalidade, especialmente na população infantil (CASTRO, 1994, DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

A Atenção Primária baseia-se em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em **tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias nas comunidades** (*grifo nosso*) por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento [...] Ela forma parte integral de um sistema de serviços de saúde no qual representa sua função central e principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. (OMS, 1978).

O desenvolvimento econômico vivenciado na década de 1980 no Brasil não foi acompanhado por uma evolução social da população. Na saúde, a negligência do Poder Público atingia especialmente crianças e adolescentes que viviam sob precárias condições de moradia e alimentação, compondo uma realidade cruel de altíssima morbimortalidade infantil, pois, para cada 100 crianças nascidas, 87 morriam antes de completar um ano de vida (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997; MACHADO, 2005). Ademais, a lógica instituída nas ações de saúde não conseguia transpor a dimensão biológica do adoecimento, deixado muito a desejar na resolubilidade dos problemas. Junto a isso, as reflexões quanto à Promoção da Saúde ganharam destaque e fundamentaram estratégias e modelagens do trabalho na saúde.

Em 1984, nasceu o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), dirigido a crianças menores de cinco anos. Fundamentou-se em deslocar o olhar de uma assistência baseada em patologias para um enfoque que privilegia a criança em seu crescimento e desenvolvimento. Sob o espectro de suas ações, destaca-se a disseminação do Cartão da Criança, com a introdução da curva de crescimento denominada "Caminho da Saúde" no cartão de vacina, como instrumento do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento deste grupo (BRASIL, 1984; CASTRO, 1994; GOULART, 2008). Em síntese, objetivava reduzir a morbimortalidade naquele grupo etário, procurando responder, de maneira racional e precoce, aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade daquele contingente, por meio de cinco ações básicas, quais sejam: acompanhamento do CD, incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, imunização, controle das doenças diarréicas e monitoramento das infecções respiratórias agudas (IRA), possibilitando a resolução destes problemas na esfera da atenção primária (CASTRO, 1994; SILVA, 2006).

Esta ampliação, contudo, só foi possível com a repercussão que o alargamento dos direitos humanos passou a exercer na saúde, evidenciando as condições de vida das pessoas e os diversos aspectos da vida humana. Portanto, constitui-se parte de um processo mais amplo, que redefiniu os modos de compreensão e investimento do Estado na vida da população (LARA; GUARECHI; HUNING, 2009). A legitimação da saúde a situa como um direito do cidadão e dever do Estado, os quais devem ser garantidos por políticas sociais e econômicas, visando a um modo específico de saúde (BRASIL, 1988).

Depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos, várias convenções realizadas pela ONU trouxeram a foco as minorias, ensejando ações e políticas que se voltam especificamente para a infância, segmento diferenciado do restante da população e merecedor de atenção especial. A Conferência sobre os Direitos da Criança (1989) apontou-as como grupo vulnerável e alvo de preocupação internacional, denotando a ideia de uma criança cidadã ou, pelo menos, de uma criança portadora de direitos (LARA; GUARECHI; HUNING, 2009). A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) propiciou condições favoráveis para a criação de programas públicos, visando à saúde da população infantil (ROSSETTI-FERREIRA; RAMON; SILVA, 2002). Desta forma, programas e políticas voltados a este público devem ser prioridades nacionais que servem como um meio de promover, não apenas o desenvolvimento integral da criança, como também de toda a sociedade (NÉRI, 2002; RIZETTI E TREVISSAN, 2008).

No Ceará, as atividades específicas para atender a esta fase da vida teve seu recorte mais importante na década de 1980, com o Programa Viva Criança (1987), pretendendo universalizar a atenção e reduzir a mortalidade infantil com base nos enfoques estratégicos orientados por práticas das ações integradas em saúde. Apesar de inédito, o Programa demonstrava a consciência dos gestores da época de que ações simples, exequíveis e, sobretudo, de elevada eficácia e eficiência podiam ser implementadas em todo o Ceará (MACHADO, 2005; LIMA, 2009).

Apesar da redução das taxas de mortalidade infantil com as medidas implementadas pelo PAISC, esta ainda permanecia alta. Na tentativa de reverter este quadro e implementar o SUS, vários programas, projetos e estratégias foram propostos, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), operacionalizado inicialmente em alguns estados do Nordeste. O PACS visava a reduzir a mortalidade materna e infantil e alcançar grande parcela da população sem acesso aos cuidados de saúde, ao mesmo tempo em que servia de trabalho para as mulheres no período da seca. Os resultados promissores inspiraram os técnicos do MS a propor o Programa de Saúde da Família – PSF (1994), baseado na constituição de um vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas, também, a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade, na melhoria de suas condições de saúde e de vida, na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 1999; LOURENÇÃO & SALER, 2004; VIEIRA, 2005; SILVA 2006; LIMA, 2009).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2009), a organização da atenção em saúde por meio do PSF o define mais propriamente como estratégia e não apenas como um programa setorial de saúde, caracterizando-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, estes mesmos autores definem a ESF como

[...] um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (P. 804).

A ESF surge como estratégia prioritária no tocante à reestruturação do setor saúde por meio de uma reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência biomédica. A atenção está centrada na família, entendida e percebida com suporte do seu ambiente físico e social, o território, saindo do polo tradicional de oferta de serviços voltada para a doença para investir em ações que

articulam a saúde com as condições de vida, incorporando a prática da vigilância à saúde. (ARAÚJO, 1999; BRASIL, 1999; LOURENÇÃO; SALER, 2004).

A atenção à saúde da criança no PSF é orientada por diretrizes técnicas, como o acolhimento da demanda para identificar problemas e necessidades de saúde, o comprometimento da equipe de saúde na vigilância à saúde da criança, a priorização da atenção à criança de risco, o desenvolvimento de ações coletivas e a ênfase nas ações de Promoção a Saúde (ARAÚJO, 1998).

Gil (2006) ensina que, de um modo geral, embora a ESF tenha crescido sobremaneira no País, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Ressalta ainda que em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde pautados na integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe.

Em consenso, Ávila (2009) acentua ainda existir a hegemonia do pensamento biológico na organização das ações de saúde, exigindo reflexões acerca de como os serviços de atenção à saúde estão sendo organizados e planejados, no que tange à assistência da criança. Neste âmbito, alguns autores enfatizam a necessidade de desenvolver novas tecnologias que deem suporte à qualidade da atenção primária, extrapolando-se a experiência da Promoção da Saúde, superando o entendimento biologicista, a fim de incorporar tecnologias para atuar na dimensão física, emocional, da vida comunitária dos grupos sociais, dentre outras (CHIESA, 2000; CHIESA; BATISTA, 2003; PASCHE, HENNINGTON, 2006).

Para Ávila (2009), sob esta perspectiva, é possível conhecer a população, seus modos de vida, as condições materiais de existência e as formas de organização da comunidade e dos grupos sociais. De tal maneira, a atuação no nível local em saúde amplia suas possibilidades de ação e resolubilidade no plano do cotidiano. Classicamente, Starfield (2002) relaciona a efetividade e a qualidade nos serviços de saúde com maior estruturação do nível primário em saúde.

É importante destacar o fato de que, quando se fala em qualidade de vida e desenvolvimento social de um povo, alguns parâmetros principais de avaliação e análise são as taxas de mortalidade no primeiro ano de vida e de mortalidade durante a infância (UNICEF, 2009). Apesar dos esforços e avanços alcançados, a redução da mortalidade infantil ainda constitui grande desafio no Brasil, denotando atenção para problemas que precisam de ações/práticas/intervenções na tentativa de revertê-la e/ ou melhorá-la. Apesar dos índices ainda elevados, a queda na TMI na última década tem contribuições significativas do trabalho resultante da ESF, melhorando o panorama da situação de saúde infantil ao longo dos anos (BRASIL, 2005).

No Ceará, pioneiro na implantação do PACs e PSF, as estratégias adotadas com vistas à atenção à criança desde sua implantação apresentam bons resultados. Em 1987, a mortalidade infantil era de 104,0 por mil nascidos vivos e, em 1994, essa taxa caiu para 57,0 por mil nascidos vivos no Estado, graças à formulação de estratégias de transformação no âmbito da saúde; houve, também, redução de cerca de 50% nas mortes de crianças no primeiro ano de vida (CEARÁ, 2006). Entre 1991 e 2002, a acentuada queda da mortalidade infantil foi associada às ações e alcance do PSF, pois, para cada aumento de 10% da cobertura do PSF, a mortalidade infantil caía 4,5% (CEARÁ, 2006). Como principais fatores responsáveis pela redução da TMI no Ceará, inclui-se o aumento da cobertura pré-natal e do índice de aleitamento exclusivo das crianças (CEARÁ, 2006). Outras intervenções no âmbito nacional e da infraestrutura social ou de bens de consumo coletivo (escolarização, rede de abastecimento de água, rede de esgoto sanitário, serviços de saúde) causaram impacto positivo na redução deste índice (MACHADO, 2005).

Atualmente, as ações em saúde direcionadas à infância orientam-se por meio da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançada em 2004 pelo MS, a qual considera a criança posta num âmbito plural com múltiplas interações, que pretendem, além da redução da mortalidade, pensar em qualidade de vida proporcionada por um ambiente saudável que permita o desenvolvimento de todo seu potencial. Assim, define ações profissionais, tendo como foco a criança nos vários espaços de atenção, como a unidade de saúde, domicílio, creches, escolas, hospitais. Nessa perspectiva, a criança poderá ser beneficiada integralmente por uma equipe interdisciplinar que compreenda todas as suas necessidades e direitos (BRASIL, 2004).

Assumindo o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, é apresentada a linha de cuidado integral da saúde da criança, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis (BRASIL, 2004). No Ceará, a redução da mortalidade infantil ocorrida entre 2004 e 2006, assim como a manutenção de certa estabilidade de 2007 a 2009, em grande parte, são justificadas pelo trabalho realizado com base no enfoque das linhas de cuidados prioritárias, já descritas, direcionadas à criança. Dentre estas, encontra-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelo PSF, inserido nas ações de prevenção e controle de doenças e Promoção da Saúde (CEARÁ, 2006).

As ações de Promoção à Saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004). O desenvolvimento de ações locais que visem ao fortalecimento dos princípios norteadores do cuidado por meio do planejamento e desenvolvimento de ações universais, intersetoriais e integrais com a coparticipação e “empoderamento” da comunidade na perspectiva da Promoção à Saúde, são imprescindíveis para se alcançar uma assistência resolutiva.

Ao se pensar Promoção da Saúde, torna-se necessário trazer para a arena desta discussão as concepções filosóficas que interceptam esta categoria, bem como elucidar como tais questões organizam nossas ações na saúde. De tal sorte, o desenvolvimento de tecnologias que subsidiem uma prática coerente com a base filosófica fundante do SUS torna-se necessário ante a própria necessidade humana de ter saúde. No que se refere a saúde da criança, como posto inicialmente, não devemos nos afastar dos processos ideológicos que tangenciam a própria visão sobre o que é infância, criança, a própria definição de saúde e de estratégias e tecnologias para se alcançar este conceito.

Esta análise decorre do posicionamento ontológico e conceitual do que é infância e do que significa criança, bem como os discursos e práticas que estas categorias produzem. Para Ávila (2009), a infância está relacionada à interação que o indivíduo estabelece com a sociedade; enquanto o termo criança tem um significado voltado, quase exclusivamente para a abordagem cronológica dirigida às “fases do ciclo da vida”, suprimindo as diferenças entre os indivíduos. Sob esta perspectiva, as ações em saúde são estruturadas com a finalidade de

atender os processos de adoecimento advindos de um caráter universalista da criança, fundamentado na transformação e assistência biológica. A categoria geração, portanto, está relacionada ao processo histórico e social de elaboração da infância.

Podemos considerar que os problemas de saúde da criança não estão relacionados somente ao âmbito biológico; eles ultrapassam a compreensão da infância como um ciclo de vida e propõem o entendimento histórico e contextual que transpõe a individualidade da pessoa. A formulação ou implantação de programas de atenção à saúde da criança, norteadas pelo campo da Promoção da Saúde, reorienta os serviços de acordo com a determinação social do processo saúde-doença, atendendo este grupo em condições psicossociais vulneráveis não caracterizado como doença biológica (ÁVILA, 2009).

Uma das estratégias consideradas promissoras para o MS partiu da reformulação do Cartão da Criança, documento atualmente denominado Caderneta de Saúde da Criança, sendo a primeira versão lançada em 2005, passando por algumas reformulações até chegar a um modelo atual mais abrangente das dimensões do cuidado. A criança deve recebê-lo ainda na maternidade para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no escopo da avaliação integral à saúde da criança (zero a dez anos). Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor infantil. O seguimento da criança será feito visando a estreitar e manter o vínculo com a família (BARSIL, 2005; 2009).

2.2 A Promoção da Saúde: concepções e sua interface com a Educação em Saúde

A Promoção da Saúde, no debate atual, apresenta-se como um campo teórico-prático polarizado, ainda em formação, interceptado por duas concepções em relação às orientações políticas e práticas. Sobre isto, Carvalho (2004) exprime a existência de uma tendência que evidencia seu caráter progressista, considerando que o projeto da Nova Promoção da Saúde “representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da tradição da saúde pública”. (P. 671). Para Neto e Kind (2011), esta perspectiva reformista objetiva reconstituir a relação entre

cidadãos e Estado, com destaque para as políticas públicas e a ação intersetorial. Em paralelo, aponta-se para um componente nos discursos da Promoção da Saúde que reflete a óptica das formações neoliberais, individualistas, voltadas para a regulação e a vigilância; um posicionamento conservador que enfatiza as ações “educativas prescritivas” para os sujeitos responsabilizando os indivíduos pelos seus problemas de saúde. Para o autor, isto constitui uma tentativa de redução de custos na assistência à saúde. (CARVALHO, 2004; BUSS, 2002; FERREIRA NETO; KIND, 2011).

Nessa linha, Ferreira Neto e Kind (2011, p. 26) ressaltam:

Trata-se, portanto de pensar a promoção da saúde como um campo problemático, e não como tema autoevidente, composto por discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensão participativa e comunitárias, visando realizar uma “genealogia dos problemas” que atravessam esses diversos âmbitos.

Tudo isso destaca a complexidade do debate da Promoção da Saúde, o que exige estratégias de análise que enfoquem uma lógica de campo em detrimento de leituras dualistas e ideologizadas. No nosso trabalho, tentaremos dialogar com autores que iluminam alguns aspectos, tanto da dimensão conservadora, questionando alguns limites e pressupostos ideológicos neoliberais, e, na contramão, aspectos de uma visão mais reacionária que, na nossa percepção, apontam para uma superação das ações conservadoras e permite uma ideia para a elaboração coletiva do agir em saúde com amparo no entendimento desses limites e, no caso particularmente brasileiro, como a Promoção da Saúde é incorporada às nossas práticas. Evidenciamos, também, nesta discussão os pressupostos e práticas de Educação em Saúde expressas como estratégia de Promoção da Saúde.

Em seus estudos sobre promoção da saúde, Westphal (2010) traz um histórico desde a concepção desta categoria como orientadora das práticas em saúde. Segunda a autora, a Promoção da Saúde surge como visão contra-hegemônica já no século XX, com suporte em estudos e reflexões sobre o alcance das práticas em saúde da época, com ênfase na etilogia das doenças. Alguns autores, como Henry Sigerist e Thomas McKeown, já extrapolavam sua análise para as influências das condições de vida e do meio na situação de saúde de uma população.

Mais tarde o modelo explicativo de Leavell & Clark, da história natural da doença, chama atenção dos profissionais de saúde sobre o potencial das ações no meio ambiente e nos estilos de vida na prevenção de doenças, inovando na proposição de medidas educativas comunicacionais e ambientais adicionadas às existentes - laboratoriais, clínicas e terapêuticas - como complementação e reforço das estratégias. Para alguns autores, esta

percepção ainda pauta muitos processos de formação e ações em saúde, ainda hoje impedindo que os atuantes na área não consigam extrapolar a visão para a história social do processo saúde-doeça. (GREEN, 1996; ANDRADE; BARRETO, 2010; WESTPHAL, 2010; SANTOS, 2001; KICKBUSH, 2003).

Na contextura do capitalismo neoliberal, e com o enfoque estratégico de racionalizar os gastos em saúde, não resolvidos com o modelo biomédico, particularmente no caso das doenças crônicas, o Relatório Lalonde, produzido pelo ministro canadense Lalonde, que destacou a Promoção da Saúde como a exclusão de “riscos autoimpostos”. Apesar de apontar uma interação multidimensional na saúde da população, a maior parte das ações era orientação para uma intervenção nos estilos de vida dos indivíduos. “Decisões e hábitos pessoais que são ruins, do ponto de vista da saúde, criam riscos autoimpostos.” (LALONDE, 1981/1974, p.197)

Esta perspectiva emite uma ideia de que os indivíduos são, somente eles, os responsáveis pelo seu estado de saúde, entendendo ainda a saúde como ausência de patologias. Neste sentido, não atribui a responsabilização do Estado quanto às questões de saúde que exigem uma abordagem multidimensional e a consolidação de estratégias integrais e interssetoriais. Com isso, os indivíduos passam a ser instados a desenvolver procedimentos de autovigilância e práticas autodisciplinares. Sugerem, então, estas questões como suficientes para se “promover saúde”. (WESTPHAL, 2010; BUSS; CARVALHO, 2009; FERREIRA FERREIRA NETO; KIND; 2011).

Observamos que a problematização inicialmente pluralista dos quatro determinantes sobre a saúde pública acabou gerando ações centradas na mudança dos “estilos de vida” produzindo assim, um processo de culpabilização dos pacientes, com a conseqüente despolitização do problema, uma vez que o Estado, mediante essa ênfase unilateral joga para o nível individual processos que têm um contexto sociopolítico mais ampliado.

[...]

Em outro viés, vale salientar a dimensão do autocuidado como elemento disciplinar cada vez mais enfatizado nos programas de saúde pública, quanto nas orientações oriundas da saúde privada. “Perca Peso”, “evite gordura”, “deixe de fumar”, “pratique sexo seguro”, “faça exercícios físicos”, são algumas das palavras de ordem que inflacionam o nosso cotidiano e perpassam as políticas de promoção da saúde como uma espécie de herança da ênfase no estilo de vida saudável presentes no Relatório Lalonde. Configura-se nesses imperativos em prol de uma vida saudável uma duplicidade de ênfase de ações que devem incidir sobre o corpo singular do indivíduo e o “corpo-espécie” de todos.” (NETO; KIND, 2011, p. 35- 39).

Este conceito da Promoção da Saúde ocorreu no tempo e em espaços de eclosão de sociedades neoliberais e representou uma iniciativa de países do Norte de resolver o problema das doenças não transmissíveis (WESTHPAL, 2010). Carvalho (2004), com base na análise de Hyndman (1998), destaca que, apesar das melhorias na qualidade de vida que

investigações de 1990 apontaram, isto, no entanto, alcançou apenas alguns grupos sociais, mostrando que os resultados, em termos de qualidade de vida, variaram de acordo com o estrato social do indivíduo. Segundo o autor, constata-se melhor aproveitamento por setores mais bem situados na escala social e um efeito menor, e até mesmo negativo, por parte de setores marginalizados.

Este modelo logo apresenta falência, ao se perceber a relação entre estilos e condições de vida. Rose (2007), em consenso com outros autores como Boss (2004); Carvalho (2004); Buss e Carvalho (2009); Westphal (2010); Ferreira Neto e Kind (2011), aponta uma nova ênfase que nasce da crítica a este modelo, especialmente na América Latina, iluminando um novo campo de escolhas, prudência e responsabilidade, ensejando abertura para a experimentação e a contestação, convocando uma atitude política na conformação de políticas e prática na Promoção da Saúde.

Nos países da América Latina, as primeiras discussões sobre o tema, bem como a possibilidade de associá-las ao debate político vigente, ganhou outra conotação ante as críticas da Promoção da Saúde como algo de responsabilização do indivíduo com interferência direta nos hábitos de vida e escolhas, destituindo a influência macroestrutural e seu papel delimitante nestas escolhas (WESTHPAL, 2010).

Sob esta perspectiva, identifica-se uma proposta sociopolítica focada nas iniquidades e traz para o campo das decisões políticas e tomadas de decisão a participação da sociedade, a fim de ampliar seu poder, tanto do ponto de vista individual como coletivo e, muitas vezes, transcender o setor saúde para enfrentar os determinantes. Assim, o tema da equidade adquiriu centralidade nas discussões e firmou-se nas conferências o discurso de Promoção da Saúde como produção social (WESTPHAL, 2010).

Segundo a autora, o moderno conceito de Promoção a Saúde ganha força por meio da visão de saúde como um produto social que não prescinde da discussão da macroestrutura no plano do cotidiano e micropolítica das ações em saúde. Várias conferências e movimentos foram se organizando, aproveitando os enfoques necessários para melhorar as ações em saúde. Aqui, a Promoção da Saúde toma força e espaço para desenvolver seus princípios e ampliar seu campo teórico e prático no caminho do pensamento na saúde. Com efeito, a base conceitual que norteia a Promoção da Saúde origina-se na Carta de Otawa, I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986): “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população”. (BRASIL, 2002).

Nesta visão positiva do processo, que ressalta os papéis das potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde, esta deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para a vida (PILON, 1992; RUSSEL, 1995 apud WESTPHAL, 2010).

Para Westphal (2010), a capacitação deve ser entendida sob dois aspectos fundamentais: maior politização e engajamento social na formulação e regulação das políticas públicas que garantam os direitos básicos e elementares como educação, saúde, lazer, alimentação, abrigo, dentre outros e, noutra dimensão mais subjetiva, alcançar funcionalidades que envolvam o desenvolvimento pessoal dos participantes: autorrespeito, integração social, capacidade de participar da vida e etc. “Estava implícito que eram necessárias capacitações, ampliação de poder e mobilização para que saúde fosse reconhecida como direito e critério de governo no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico-social”. (WESTPHAL, 2010, p. 648).

O debate, nos últimos 20 anos, aprofundou-se na perspectiva da integralidade e intersetorialidade como propostas fundamentais para pensar a Promoção da Saúde. As discussões acerca da integralidade das políticas convocando todos os setores do Governo na redução das iniquidades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativos a bens e serviços (Conferência de Adelaide, 2000); a reflexão da questão ambiental no estabelecimento de ambientes saudáveis, e a sustentabilidade para a Promoção da Saúde (Conferência de Sundsvall, 1991); a convocação do setor privado com suas responsabilizações no processo (Conferência de Jacarta, 1998); a equidade (V Conferência de Promoção da Saúde, 2000) permearam as discussões nos últimos anos e compõem o que Carvalho (2004) denomina de “Nova Promoção da Saúde”. (CARVALHO, 2004; BUSS, 2002; WESTPHAL, 2010)

No Brasil, e razão da necessidade de uma posição que se coadune com a concepção ideológica de saúde do SUS, a Promoção da Saúde pauta-se sobre a integralidade, a equidade, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade, na tentativa de conformação das suas políticas e orientações para a ação (WESTPHAL, 2010).

A integralidade exige visão holística para o processo saúde-doença, no qual os problemas e causas não são isolados, mas decorrem da interconexão dos fatores e sistemas entre si. É útil ter recortes para equacioná-lo em variedades de níveis, haver diversos profissionais trabalhando para o mesmo objetivo, de maneiras diferentes e de modo complementar. Por exemplo, os problemas relacionados à prevenção da doença podem ser vistos nesta perspectiva e suas estratégias combinadas com as de Promoção da Saúde a fim de que as ações se dirijam para as causas primeiras dos problemas e não apenas a sua

manifestação concreta. A equidade no que diz respeito a eliminação das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para grande parte da população, está em tornar iguais os desiguais.

Destacando, na Promoção da Saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a carta de Ottawa preconiza também cinco campos de ação para a Promoção da saúde: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis á saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) Reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2002).

O desenvolvimento de habilidades pessoais, um dos cinco campos de ação da Promoção da Saúde, é evidenciado por vários autores e atentamente discutido sob pena de reproduzir uma perspectiva culpabilizante sob interesses neoliberais. (BUSS, 2002; CARVALHO, 2004). Em complemento, Carvalho (2004) aponta a necessidade de se pensar a Promoção da Saúde na esfera dos valores e universo simbólico, à medida que envolve escolhas e, como tal, não se limita ao terreno do conhecimento científico, vinculando-se, portanto, a processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável. Esta característica evoca a análise categorias como *empowerment*, uma vez que ela facilita o diálogo transdisciplinar e incorporações de temáticas como a diferença, a subjetividade e a singularidade de indivíduos e coletivos (CZERESNIA, 2003; CARVALHO, 2004).

Empowerment é um conceito complexo que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social”, presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Recebe influência dos movimentos de autoajuda na década de 1970 e, a partir de 1980, pela psicologia comunitária. Na década de 90 é influenciada pelos movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a Educação em Saúde e o ambiente físico (CARVALHO, 2004).

Carvalho (2004) destaca duas modalidades de *empowerment* e deixa clara a necessidade de sua análise criteriosa frente às relações de poder e na orientação sob sua materialização. O *empowerment* psicológico, sob uma concepção individualista, ignora a influência dos fatores sociais e estruturais e desconecta o comportamento dos homens do seu contexto sociopolítico. Assim, apresenta-se como um sentimento de maior controle sobre a própria vida. Para Rigre (1993), esta perspectiva exige indivíduos “*comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio*”. Deste arcabouço,

deriva a formulação de estratégias de promoção que têm como objetivo fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, bem como o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

Esta concepção de *empowerment*, no entanto, mascara a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir mecanismo de regulação social. Desta forma, os discursos que aparentam confrontar a produção das iniquidades sociais, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, e que preconizam o *empowerment* de indivíduos e coletivos podem transformar-se em repertórios vazios no momento em que não se discutem as raízes dos problemas nem se busca apontar alternativas ao *status quo*. Carvalho (2004) exprime a ideia de um falso poder de decisão e o próprio questionamento das possibilidades de escolhas, haja visto o fato de que, por meio destes artifícios, governos e instituições conservadoras podem legitimar suas práticas neutralizando, de passagem, proposições que questionam a ordem social. O que se põe na berlinda nesta concepção, é o fato de que, embora expresso na linguagem que afirma importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macrossociais, o *empowerment* psicológico seja usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal. Nos Estados Unidos, por exemplo, políticas de corte neoliberal combinam a noção de *empowerment* com a ideologia política da responsabilidade pessoal para sugerir que as pessoas façam, cada vez mais, uso de recursos próprios e/ou da comunidade antes de recorrer à ajuda de instituições estatais. Para o autor, a população tem a falsa noção de poder sobre suas escolhas, haja vista que elas são socialmente oportunizadas.

Desta forma, para se pensar o desenvolvimento de habilidades pessoais o autor destaca o *empowerment* comunitário. Resignifica esta categoria com base em uma repolitização do seu sentido sob a noção de poder como recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade. Nosso estudo não pretende destrinçar a categoria poder, no entanto, trazemos a noção que o autor destacado assume para se pensar o *empowerment* comunitário. O poder adota uma natureza conflituosa com díspares dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos conservadores do *status quo*. Esta proposta compreende uma sociedade constituída de grupos e interesses diferentes, com níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de *empowerment* impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem. O *empowerment* comunitário inclui, portanto, a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico e a realidade objetiva de condições estruturais que são modificadas no momento em que ocorre a redistribuição de recursos (CARVALHO, 2004).

Por conseguinte, o desenvolvimento de habilidades pessoais depende fundamentalmente, de educação, informação e comunicação para a saúde, mais precisamente, das concepções que pautam estes processos educativos. As ações de Educação para a Saúde são expressas como componentes fundamentais para a Promoção da Saúde. Nos últimos anos, tem-se discutido sobre melhores enfoques e práticas de Educação em Saúde no seu componente singular, no interior dos serviços de saúde e na comunidade, seja pelo aconselhamento, seja nas atividades de grupo e outras práticas, como o uso de outras mídias, etc. O aconselhamento adequado quanto a um conjunto sensível de comportamentos individuais é um dos principais recursos para a Promoção da Saúde. Inúmeros temas são propícios ao aconselhamento: hábitos alimentares, uso de tabaco, álcool e outras drogas, higiene pessoal, comportamento sexual, comportamento no trânsito, atividade física, etc (BUSS; 2002).

A Educação em Saúde, assim com a Promoção da Saúde, constitui-se como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Portanto, se pensar a Promoção da Saúde exige refletir sobre estratégias que se coadunem com a proposta socioambiental e o próprio conceito de saúde adotado, como uma produção social interceptada pelo contexto histórico, as formas de organizações da base material, os universos simbólicos constituídos e ideologias instituídas e, fundamentalmente, as relações aí estabelecidas.

No Brasil, estipula-se que a Educação em saúde passou por três fases principais, de acordo com o paradigma dominante vigente durante a história. Primeiramente, a fase higienista, até o sec. XX, foi marcada por uma educação controladora, baseada na teoria tradicional, liderada por Durkheim, que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, isto é, pela ignorância e descaso das pessoas (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Neste pensamento, a população é concebida como incapaz para o entendimento, exigindo atividades educativas relacionadas à saúde, de caráter normativo, com instruções a serem seguidas e sem a oportunidade da participação popular, sendo principalmente na base de transmissão de informações (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Da década de 1920 em diante, surge a denominada Educação Sanitária, com a vinda da instituição ianque Fundação Rockefeller (1916-1942), com o objetivo de controlar as doenças tropicais, como a febre amarela e malária, evidenciando a educação sanitária como métodos de baixo custo, a fim de mostrar à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene. Para os sanitaristas da época, nada mais eficaz

do que a propaganda e a educação higiênica como ação profilática contra uma doença transmissível (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

A educação deveria anular toda e qualquer oposição aos preceitos sanitaristas e promover “uma consciência sanitária” por meio do repasse de conhecimentos sobre higiene e a cooperação em campanhas profiláticas. Para isso, neste período, foram criados a Inspetoria de Educação Sanitária e os centros de saúde em São Paulo. O centro de saúde era uma “aparelhagem”, na qual o indivíduo “sanitariamente ignorante” e, por isso, potencialmente doente, ou entraria ou apareceria saudável do outro lado. A prática da educação sanitária é limitada a atividades voltadas para a publicação de livros, folhetos e catálogos, os quais eram distribuídos em empresas e escolas, porém era ineficiente, já que não era capaz de alcançar todas as camadas da sociedade (LEVY et al., 1996; COSTA; 1999).

Assis (1998) considera que a matriz pedagógica proposta para alcançar esses objetivos baseiam-se numa perspectiva técnico-instrumental que pretende alterar o universo cultural e o conhecimento dos indivíduos sobre as práticas que possam ser nocivas à saúde. A transmissão de informação, de caráter diretivo, passa a orientar regras de comportamentos e mudar hábitos, valores e crenças da população. Esta premissa denota nessas práticas a “infalibilidade” dos técnicos e dos serviços e a tendência à responsabilização do indivíduo pelo processo de saúde-doença.

Para Silva (2001), as práticas educativas sanitárias difundiam ideias de que a doença estivesse associada à falta de informação e de higiene, resultante de comportamentos desviantes, evidenciando o caráter moralizador (BUDESTEIN, apud SILVA, 2001. P.13) adquirido na prática de Educação em Saúde da época. Com o regime militar instaurado, houve a expansão dos serviços privatistas, com a construção de hospitais, sendo o centro da política de saúde renegando as ações educativas (VASCONCELOS, 1998).

Estes aspectos nos remete à discussão da Promoção da Saúde enquanto prática conservadora apontada por Carvalho (2004) que, geralmente, entende e utiliza este modelo educacional no direcionamento de suas práticas em saúde.

Observa-se que até 1970 a educação em saúde no Brasil foi eminentemente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, visando aos próprios interesses. Mudanças mais globais nas políticas, organização e práticas em saúde só foram possíveis com a redemocratização política e estabelecimento do SUS, resultados das lutas sociais emergentes (VASCONCELOS, 1998).

Em paralelo, no campo da educação, alguns autores, como Paulo Freire (1980), já apontavam para uma proposta pedagógica reflexiva e transformadora do homem e do seu

meio. A concepção de Freire fundamenta-se na dialética marxista, na qual o homem participa de um permanente movimento interpretativo e transformador da sua realidade, desta forma, conferindo-lhe a capacidade de pensar e produzir conhecimento. Aqui são aceitos vários conhecimentos que servem para a vida prática e o homem não é visto como um incapaz no plano da inteligibilidade, mas situado numa ambiência social e cultural peculiar, que exige estratégias particulares. Assim, a educação assume caráter crítico-reflexivo e rompe com o pensamento hegemônico tradicional, fundamentado na linearidade, na transmissão de conhecimento, na concepção do homem como um depositário do saber técnico e carente de informação, reduzindo-o à condição de objeto na educação bancária (FREIRE, 1980). Considera o sujeito em sua dimensão subjetiva, política, social e cultural, partindo da problematização das situações e experiências que vivencia e dotado de capacidade crítico-transformadora, apresentando-se como o sujeito de sua ação perante à realidade.

A educação passa a ter sentido se parte de uma relação dialética com o contexto social em que o homem vive, por isso, é importante conhecer o lugar, os costumes, os modos de pensar e viver para situar o homem-sujeito em seu tempo e espaço, isto é, em seu contexto concreto de vida (FREIRE, 1980).

Sobre os aspectos ressaltados, o conceito/estratégia do *empowerment* comunitário contribui tanto para repensarmos práticas de Educação para a Saúde, como da gestão de organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde e estratégias de participação comunitária. Sob a influência de Paulo Freire, os teóricos do *empowerment* comunitário preconizam a efetivação de um modelo pedagógico que assuma a “educação como uma prática da liberdade”. Este projeto, que alguns denominam de *empowerment* education, e que poderia ser igualmente denominado de “educação popular” e/ou “educação para a transformação”, procura romper com métodos educativos centrados no exercício do “poder sobre” o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de idéias, opiniões e conceitos com vistas à solução de problemas (“poder com”) (CARVALHO, 2004).

Tendo como base a matriz de pensamento freireana, a Educação na Saúde passa a ser vista como quesito fundamental para reorientar as práticas em saúde e interferir no processo saúde-doença. Com origem na década de 1970 - importante ressaltar- Educação para Saúde, mais que uma mudança terminológica, experimentava, então, um novo conceito na promoção da saúde com o objetivo de introduzir os programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas secretarias estaduais de saúde (LEVY, 2003).

Para Assis (1998), este referencial teórico-metodológico tem como um dos princípios a troca de conhecimento e o desenvolvimento de atitudes dialógicas entre os

técnicos de saúde e a população, buscando soluções coletivas para os problemas relacionados com o processo saúde-doença, de modo a favorecer a “formação de uma consciência crítica voltada para transformação do social (p.8)”, processo denominado por muitos de Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 1998).

Desta forma, a Educação em Saúde ou Educação Popular em Saúde exige a participação popular para sua efetivação, com amparo numa reflexão transformadora do contexto de ação. Surge como ferramenta para a participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e sociedades (VASCONCELOS, 1998). O desafio principal da Educação em Saúde é trazer abertura para debates no âmbito governamental, com os profissionais e a população. Com isso terá um avanço apontando para a difusão do saber, visando à melhoria na qualidade de vida (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Dessa sorte, o conceito de Educação em Saúde coaduna-se e está ancorado no de Promoção da Saúde, que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Rozemberg (1995) expressa como eixo central da prática educativa em saúde a valorização das experiências e da escuta do sujeito, com suas histórias, valores, crenças, costumes e relações sociais, sendo essa a condição de se fazer da ação pedagógica uma possibilidade de troca de conhecimento e de aproximação entre as diferentes realidades vividas pelos núcleos educador/educandos, favorecendo a produção de um novo/outro saber diante da realidade investigada; de modo que esse saber possa ser assumido como uma perspectiva concreta na solução dos problemas da vida real (SANTOS, 2003)

Várias pesquisas (MOURA; RODRIGUES, 2003; VICTOR, 2004; VASCONCELOS, 1997), entretanto, mostram que na prática se verifica a predominância de paradigmas de educação em saúde que reforçam práticas reducionistas, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas.

Boss (2002) situa como *locus* de maior importância na gestão das práticas educativas o PSF, haja vista sua proposta de diagnóstico da situação de saúde de forma compartilhada entre profissionais do próprio programa e a comunidade, concordando com a práxis da Educação Popular em Saúde. Acrescenta a ineficiência dos indicadores de saúde tradicionais, quando utilizados isoladamente, não dão conta da complexidade da situação.

Desta forma a apreensão da percepção que tem a comunidade sobre o que é saudável ou favorável á saúde importa muito para identificação dos problemas / ações educativas.

No contexto do PSF, a Educação em Saúde ou educação popular em saúde constitui estratégia a fim de capacitar a comunidade para o autocuidado e enfrentamento do processo saúde-doença com o intercâmbio do saber popular com o científico, com vistas a reconstruir significados e atitudes. Com efeito, a Educação em Saúde possibilita que as pessoas se informem e tenham habilidade para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida; e contribui para aumentar a consciência de mudanças políticas e ambientais que favoreçam a melhoria da saúde (CERVERA et al., 2011)

De acordo com Buss (2002), hábitos de vida e padrão comportamental individual ou familiar não são produtos isolados do meio em que se encontram; nem são uma escolha livre e descontextualizada. Sobre isto acentua (p.5)

Não façamos idealizações; na realidade, os comportamentos e hábitos de vida dependem de condições objetivas de oferta, demanda, consumo, modismo etc. e não exclusivamente de uma escolha pura e simples das pessoas. Poderíamos citar inúmeros exemplos que mostram que as ações de educação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis são importantes, mas estão condicionadas por outras ações do poder público e/ou resultantes da mobilização da sociedade. Obviamente, isto não invalida, senão que reforça a importância das ações educativas dirigidas aos indivíduos, família e comunidade em programas como o Saúde da Família.

Em adição, Carvalho (2004) ressalta que, embora o desenvolvimento crítico dos indivíduos não seja suficiente para a transformação da sociedade, ele é absolutamente necessário para que ela ocorra, uma vez que o envolvimento em processos de mudança demanda um mínimo de percepção do poder individual que sustente um processo produtivo de convivência nos espaços coletivos. Como expresso, o *empowerment* pode dar-se tanto no plano coletivo quanto da relação intersubjetiva, podendo ocorrer em distintos espaços da ação sanitária, sejam eles o de promoção, de prevenção, de cura e/ou de reabilitação.

Para que isto ocorra é fundamental a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde, sendo útil viabilizar estratégias que busquem assegurar a participação de sujeitos na definição do seu modo de encaminhar a vida e que valorizem, no cotidiano do fazer saúde, o encontro entre profissionais e usuários e as lutas pela garantia dos direitos da cidadania (CARVALHO, 2004). Para tal, Buss (2002; 2004) e Carvalho (2004) exprimem a necessidade de capacitação dos profissionais para as ações de Promoção da Saúde na sua dimensão individual/familiar referente aos estilos de vida e padrões comportamentais. Segundo estes autores, certamente, se demandará um esforço importante das direções do programa em todos os níveis e também dos polos de capacitação para de fato introduzir

atividades eficazes de informação, educação e comunicação no quotidiano das equipas, incluindo protocolos próprios e ações de capacitação e treinamento.

A nova proposta de reorientação das ações em saúde, sob a perspectiva da Promoção da Saúde, situa uma série de desafios práticos (AYRES, 2004). As reflexões são produzidas desde as esferas ética, moral e política, com base na necessidade de se rever o paradigma dominante em instituições e culturas da saúde sob a racionalidade e autoridade científico-tecnológicas (HABERMAS, 1987 apud AYRES, 2004). Para o autor, desta necessidade, desdobram-se outras tantas e que dizem respeito ao paroxismo cientificista e tecnicista que domina as ações de atenção à saúde propriamente ditas. Deste debate emerge uma categoria de especial importância para se pensar de modo praxiológico a Promoção da Saúde. Ao trazermos o debate da Promoção da Saúde, identificando as racionalidades que a sustentam, apontamos um componente crítico que pretende extrapolar o olhar baseado nas diferentes formas de organização social e contextos de produção do processo saúde-doença. Para esta análise, com foco no *empowerment* comunitário e no desenvolvimento das habilidades pessoais, o agir em saúde surge como categoria fundamental deste debate, uma vez que é definido por um modo de pensar saúde, bem como as tecnologias aí utilizadas. Sobre este aspecto, convém aprofundar como pensaremos as tecnologias no setor saúde no contexto da Promoção da Saúde.

2.3 Tecnologias em saúde

Não diferente das concepções teóricas que fundam tanto o SUS como as estratégias para efetivá-lo, como a Promoção da Saúde, o debate acerca dos processos de trabalho em saúde e de como se organizam por meio dos modelos assistenciais se fortificam e conferem diferentes enfoques, especialmente com início na década de 1980. Assim, os instrumentos e saberes que materializam estes processos assumem relações-meio, que, sob várias interpretações, denominamos de tecnologia.

No campo da saúde, observa-se frequentemente uma redução ordinária da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. Tecnologia, no entanto, deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos,

devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2009).

Ao pretendermos trabalhar com um documento instituído pelo Ministério da Saúde para o cuidado da criança nas Unidades Básicas de Saúde junto à família, e considerando-o instrumento tecnológico à medida que se pretende constituir meio de ação transformadora, procuramos entender como esta instituição pensa ser tecnologia em saúde. Com efeito, segundo documentos oficiais, o termo tecnologia define-se como “[...] medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população”. (BRASIL, 2006).

Em nosso estudo, porém, ao trabalharmos com esta categoria, buscamos dialogar com autores como Mendes-Gonçalves, Emerson Merhy e Lilian Schraiber, os quais procedem à análise crítica da ideia reducionista contemporânea que considera tecnologia apenas como um conjunto de instrumentos materiais do trabalho (JORGE E COELHO, 2009; SHCRAIBER; MOTA; NOVAES; 2009; GONÇALVES, 1994; MERHY *et al.*, 1997, 2007). Assim, extrapola o conceito retrocitado, identificando duas dimensões do que é tecnologia, nas quais encontramos um saber incorporado e, que, por ser social e historicamente formado, expressa a complexidade social e ideológica de elaboração do conhecimento e um *modus operandi* que materializa este saber de várias formas e em diferentes contextos.

Para Gonçalves (1994), tecnologia deve ser entendida como “O conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.” (P. 32). O autor, ao analisar o processo de trabalho na saúde, identifica a tecnologia como elemento constituinte e extrapola a noção de tecnologia como apenas um artefato para o mundo prático. Para o autor, além dos ‘artefatos’, no ato em saúde, existe um conjunto de saberes que denotam uma conformação social e se expressam não só no produto, mas, sobretudo, em como este produto é utilizado, em processos.

Assim, tecnologia é analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde (COELHO E JORGE, 2009).

[...] para mostrar que a idéia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e a um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não ‘a razão instrumental’ do equipamento. (MERHY *et al*, 1997, p. 11).

Gonçalves (1994) identifica a prática de saúde como trabalho social composto por características ‘internas’ - que são as intratécnicas estabelecidas por formas, arranjos,

instrumentos e saberes específicos, e ‘externas’ - referindo-se ao contexto sócio-histórico de sua produção. Esse autor, todavia, não cristaliza estas relações e, muito menos, as reduz a uma análise materialista ortodoxa. Com efeito, Gonçalves propõe uma ação dinâmica nas práticas em saúde que adquirem contornos específicos de acordo com cada contexto, como dos próprios agentes envolvidos nestas práticas, capazes de reorganizar as características internas. Sobre isto Lilian Schraiber, Matos e Novaes (2009, s/p) escrevem:

[...] o modo de vida da sociedade está inscrito no modo de ser das práticas em saúde, produzindo uma configuração geral de tais práticas, a qual é recriada em arranjos particulares nas especificidades das técnicas. Este lado interno são os processos de trabalho, arranjos da técnica em medicina na organização social da produção de serviços em saúde e que dão conta das múltiplas determinações de seu trabalho como também social. Este interno são recriações, e não somente reflexos do seu ‘exterior’ (as políticas de saúde, os mercados de trabalho, a economia política do mercado médico-industrial, as ideologias ocupacionais, corporativas e as culturas profissionais, os movimentos sociais de reivindicação de direitos, de acesso de consumo etc.). Tais recriações estão condensadas no saber que orienta este modo de produzir, técnica e socialmente, os cuidados.

Logo, estes autores concordam que há uma interação das características internas e externas, que, em ato, há algo que a particulariza e a especifica, permitindo, desta forma, a recriação, que, por sua vez, também não foge do seu contexto de elaboração. Pretendemos enunciar que o modo de operar um determinado saber de forma material ou relacional denota o seu contexto social de formulação, mas que pode se reconstituir.

Sob esta perspectiva, e esmiuçando a análise das micropolíticas e microespaços, Merhy (1997, 2002) considera a dinâmica entre saberes, artefatos e relações sociais, ao pensar tecnologias em saúde, classificando-as em leves, leve-duras e duras. Assim, as tecnologias leves estão no plano relacional e diferenciam o *modus operandi*, tais como o cuidado, o acolhimento, autonomização, a gestão e o vínculo, que abrangem o campo das relações intercessoras entre o profissional e o usuário; as leve-duras referem-se aos saberes estruturados como clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, a Saúde Pública enquanto as tecnologias duras consistem em equipamentos, insumos, medicamentos - ‘o trabalho morto’.

Nas palavras de Merhy e Franco (2003, p.4):

Mendes Gonçalves sugere, para nossa interpretação, que no trabalho em saúde há uma micro-política, pois os saberes tecnológicos (como a clínica e a epidemiologia) podem adquirir no mesmo serviço, dependendo do trabalhador e da organização do modelo assistencial onde atua, formatos tão diferentes que o modo de fazer o cuidado, no mesmo serviço, pode ser o oposto do outro. Nesta direção, podemos lançar mão de outras categorias para designar e compreender as tecnologias de trabalho: as centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de ‘tecnologias

duras'; as do conhecimento técnico (saberes), 'tecnologias leve-duras'; e as das relações, "tecnologias leves".

Merhy (2007) considera a prática em saúde como o “trabalho vivo em ato”, enfatizando uma dimensão cuidadora referente aos aspectos relacionais citados que se operam por meio do processo da fala, escuta e ética de maneira intercessora com o mundo subjetivo do usuário de como este elabora suas necessidades em saúde e da possibilidade de feitura dos projetos terapêuticos por meio da articulação de saberes. Em outra dimensão destacada, denominada ‘profissional específica’, estão os saberes técnicos incorporados pela ciência. O autor, em sua análise, exprime que estes agentes trazem para dentro do agir em saúde uma lógica social e, por ser social, implicitamente, enseja um campo de tensão de saberes e práticas. Em sua leitura, mostra que o tensionamento produz uma disputa, na qual, frequentemente, o saber científico, hegemônico atualmente, é imposto com base numa lógica mercadológica capitalista, na qual as atividades se limitam ao universo dos procedimentos, o que, sob esta ordem, é o que ocasiona capital financeiro e industrial, em detrimento das tecnologias leves, as quais transformam em cuidado o trabalho em saúde.

As tecnologias leves, que perpassam o acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações em saúde, representam uma relação estabelecida entre profissionais e usuários, para que as ações em saúde sejam mais acolhedoras, ágeis e resolutivas (COELHO E JORGE, 2009). Desta forma, as tecnologias leves ganham destaque no trabalho vivo em ato, à medida que trabalham o campo relacional e subjetivo destes agentes, estabelecendo uma relação flexível, de confiança e respeito. Merhy (2007) discorre sobre a importância das tecnologias leves no “trabalho vivo em ato”, o que na prática se torna uma demanda natural, com suporte na falência do modelo tecnológico centrado e da não efetividade das ações.

Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico pra uma articulação especial entre as valises das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito que mostre uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, ao ponto de ele praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. (MERHY, 2007, p. 99).

Alguns autores apontam como um dos maiores nós da crise sanitária no Brasil o modo de trabalhar e produzir saúde (CAMPOS 1994; MERHY *et al.*, 1997). Para Merhy (2007), o objeto da saúde é a produção do cuidado, entretanto, como anotam Marques e Lima (2004, p.23), “Na realidade dos serviços de saúde, o que se tem visto é a produção de atos na

forma de procedimentos e da produção de procedimentos da forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura/autonomia dos indivíduos”.

Em seu trabalho, Franco e Merhy (1999) consideram que as tecnologias leves podem ser capazes de reorganizar a assistência por meio da formação do que denomina “uma nova subjetividade”; assim, propõem um modelo de assistência que possa levar em consideração o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomização em defesa da vida. Para esses autores, a ideia de que a ordenação do sistema e modelos assistenciais não são suficientemente modificados pelas estruturas, recursos e o formato da atenção simplesmente. Além disso, é preciso haver engajamento e ética profissional de compromisso e trabalho na produção do cuidado. Segundo esses autores, um dos grandes desafios encontra-se em alterar a micropolítica dos processos de trabalho que ainda situa o médico no centro da atenção, de maneira tecnicista, mecânica e direcionada aos procedimentos, não conseguindo, no fim, modificar o cotidiano profissional, que, para esses autores, define o perfil da assistência.

Marques e Lima (2004), ao refletirem quanto a modelos assistenciais orientados pelas tecnologias leves, atentam para o cuidado de não se fazer uma hierarquização da classificação proposta por Merhy (1997, 2002), em virtude da importância e complexidade de cada uma. Enfatizam que as tecnologias devem ser consumidas, de acordo com a necessidade de cada pessoa, trabalhador ou serviço. Ratificam o desafio imposto na busca de um novo modo de administrar e operar processos de trabalhos que deem conta do campo relacional e sua importância na efetividade das ações. Segundo Merhy (1999, p. 13), “[...] construir um novo modelo assistencial pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde”.

Desta forma, as relações entre trabalhadores e usuários estão frequentemente coisificadas, reduzindo suas necessidades a processos de trabalho previsíveis e estruturados, e fazem com que os agentes deste processo deixem de ser sujeitos e passem a ser meros cumpridores de procedimentos eficientes e justificados em si pela frieza do rigor científico (MARQUES; LIMA, 2004).

Concordamos também com a ideia de que essa forma de atendimento é fruto de um longo período histórico, com raízes no conjunto de dicotomias que perpassa a organização dos serviços de saúde e que é sustentada pela lógica de mercado, com a finalidade de

obtenção de lucro, ficando as necessidades de saúde da população num plano secundário (FERRI *et al.*, 2007).

Merhy (2007), porém, traz em sua análise a idéia de que, além das balizas que a macroestrutura impõe no agir em saúde, existe um componente que pode ser autônomo no gerenciamento das ações e das tecnologias dura e leve-duras. Nos processos dos microcontextos, o profissional e o usuário podem ser agentes modificadores. A estrutura hegemônica deixa lacunas à medida que se mantém insustentável e inefetiva, o que Merhy et al (1997) identificam como pontos de fuga, nos quais nasce a possibilidade de mudança por meio de uma reorientação da ação em saúde.

Esta perspectiva reconhece que o usuário, além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Para o autor, no trabalho em saúde, devemos operar com a transferência de conhecimentos para o autocuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua autoestima e, assim, de forma criativa, o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida (MERHY; FRANCO, 2003; 2009).

Para os autores, a autonomização é o resultado esperado da produção do cuidado, a autonomia do usuário. Este aguarda que a relação com o trabalhador seja efetiva e satisfatória e, sobretudo, propicie capacidade para resolver seus problemas e melhorar sua vida e condição de saúde, que, em última análise, significa a obtenção de sua autonomia (CAMPOS, 1994; FRANCO; MERHY, 1999; MARQUES; LIMA, 2004). A autonomização como o processo que ocorre entre os sujeitos, estes trabalhadores e usuários, que objetiva a produção da autonomia com capacidade própria de governar o “modo de caminhar na vida” (MERHY *et al.*, 1997). Consiste na capacidade de ter consciência sobre sua condição e ser sujeito deste processo, no sentido de se “empoderar” dos recursos e saberes possíveis para governar seu caminhar.

Assim, projeta-se um processo de trabalho cujo núcleo está centrado no trabalho vivo, formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da ideia de que, no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia (MERHY; FRANCO, 2003).

Do discorrido, ressalta-se uma importante e cuidadosa ponte entre o pensamento de Merhy, quando enfatiza a necessidade da micropolítica no trabalho em saúde, e o *empowerment* comunitário, destacado por Carvalho (2004), na perspectiva da Promoção da Saúde. É importante observar que os autores consideram em sua análise, baseado nos sentidos e destaques particulares, a participação popular como fundamental para se reorganizar as ações em saúde e para que o objeto saúde possa ser acessível, equânime e universal. Não podemos, no entanto, recair em uma análise essencialista e despolitizada sob pena de ratificar um ideário neoliberal que, ao longo dos anos, produziu mais desigualdades, especialmente no acesso aos serviços fundamentais como a saúde. Assim, considerar a influência e balizas que a organização material impõe sobre o processo saúde-doença, bem como a organização do serviço, no agir em saúde e as relações aí estabelecidas, tornam-se fundantes para se identificar limites e possibilidades de ação numa perspectiva reacionária.

O que se põe na berlinda é olhar que o serviço e aqueles que compõem o serviço lançam sobre o outro, as categorias aqui ressaltadas, como a Promoção da Saúde, a Educação em Saúde, as tecnologias em saúde, que apontam para uma necessária e nova perspectiva. Incitam para a prática em saúde uma nova subjetividade que problematize desde a concepção de saúde, a Promoção da Saúde, e participação popular, as estratégias de Educação em Saúde e as tecnologias materiais e não matérias incorporadas neste processo.

Sobre isso, Merhy (2000) exprime que a ultraespecialização e atomização analítica das disciplinas científicas da saúde, além dos êxitos instrumentais alcançados, revelam limites quando se trata da organização das ações nos moldes da Promoção da Saúde, tal como acima descrita. Impõe-se, para isso, recorrer a dimensões racionalizadoras que superem a "dureza" das ciências e suas transcrições técnicas em arranjos tecnológicos mais capazes de integrar o poder instrumental daquelas a um sentido mais rico e equitativamente interativo de elaboração da saúde. Podemos fechar este capítulo com uma citação de Ayres (2004, p.7)

É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e conseqüentemente posto em contacto com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprios às ciências e às técnicas, há em toda ação terapêutica, em qualquer escala que se as pense, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção do si mesmo e do outro estarão presentes. A depender do quanto se os considere e aceite no âmago das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma contínua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos positivos de felicidade e saúde no (e a partir do) encontro terapêutico

2.4 A Caderneta de Saúde da Criança

A escolha por estudarmos este material justifica-se na sua institucionalização (MS) como importante instrumento na atenção à saúde da criança, no que refere à preconização das ações de vigilância no desenvolvimento e crescimento infantil. Segundo Lara (2009), trata-se de um documento de domínio público, produzido pelo SUS e utilizado como manual de orientação dos cuidados que devem ser dirigidos às crianças pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos pais. Além dos pais e profissionais, muitos dos discursos produzidos pela Caderneta passam a ser incorporados por pessoas não diretamente envolvidas com a educação e o cuidado de crianças, mas que os tomam como referências do que seja uma atenção adequada para elas. Neste estudo, chamaremos de “nova Caderneta de Saúde da Criança” a publicação disponibilizada pelo Ministério da Saúde desde 2010.

Conforme revisamos anteriormente, as políticas públicas no Brasil, por meio de um movimento dialético, permitiu desenvolver um aparato teórico-conceitual acerca da necessidade das ações integrais no cuidado à saúde. Então, a ideia do cuidado integral direciona-se aos grupos prioritários, tendo como tática da Atenção Básica no País, atualmente, a Estratégia de Saúde da Família. Não diferente, a Caderneta de Saúde da Criança, em sua apresentação atual, reflete este dinamismo e, neste trajeto, incorporou vários aspectos do cuidado infantil sob a perspectiva do bem-estar biológico e psicossocial. Esse instrumento foi aprimorado ao longo dos anos com a abordagem de outras dimensões, como o desenvolvimento neuropsicomotor e cidadania, até chegarmos ao modelo atual, sob a forma de uma caderneta.

Segundo a abordagem de Shcraiber, Mota e Novaes (2009), devemos considerar que todo meio de transformar a natureza, a realidade, reside na conformação de saberes e práticas denominadas tecnologias. As tecnologias, portanto, denotam as relações sociais e contextos historicamente constituídos e não existem de *per se*, pois são produtos e produtoras expressando os saberes instituídos. Na análise de Merhy et al (1997), o modo de operar estas tecnologias na ação em saúde redireciona a uma abordagem relacional entre profissionais e usuários, pautada em uma posição dialógica. A Caderneta de Saúde da Criança, como tecnologia utilizada que direciona o cuidado à criança, será aqui analisada sob esta perspectiva. A categoria tecnologia em saúde foi anteriormente aprofundada em tópico específico, contudo, o recorte aqui pretendido tenta situar o leitor no fato de que trataremos

este instrumento não apenas como artefato, mas nos interessa compreendê-lo no campo relacional, entendendo, também, as intenções e ideologias incorporadas.

A atual CSC teve origem no início dos anos 1980, com a implantação do PAISC e a possibilidade de organização da assistência impelida, o que é particularmente importante no acompanhamento do CD. No contexto das recomendações internacionais para os cuidados primários de saúde, após a Declaração de Alma-Ata (1978), o acompanhamento do crescimento passa a integrar o conjunto das denominadas ações básicas de saúde, propostas pela OMS para atenção às crianças menores de cinco anos (OMS, 1997; SBP, 2008). Haja vista a alta morbimortalidade do momento, o Cartão da Criança foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento proposto pelo PAISC e foi instituído na tentativa de melhor documentar o crescimento e sistematizar o calendário de imunizações, uniformizando, assim, essas ações no Brasil (CASTRO, 1994; ALVES; MOULIN, 2008).

A primeira versão continha informações desde o nascimento até os cinco anos, referentes à identificação da criança, ao calendário vacinal e à curva de crescimento baseada no índice peso/idade referenciado pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), nacionalmente conhecida como “Caminho da Saúde”. Em 1992, depois de revisão normatizada, foi incorporado a este instrumento um roteiro de acompanhamento do desenvolvimento infantil (CASTRO, 1994). Naquela ocasião, os cartões já eram produzidos diferenciados de acordo com o sexo, incentivo ao aleitamento materno e algumas orientações quanto aos direitos da criança, sugerindo a noção de criança como sujeito e da infância como fase prioritária da vivência humana com características específicas e de intensa vulnerabilidade.

Assim, o acompanhamento do crescimento foi ganhando interesse como indicador positivo de saúde e de bem-estar da criança e do jovem – isto é, quanto melhores a saúde e o bem-estar, melhor o crescimento da pessoa. Isso fez com que a ação de monitorar o crescimento não mais se restringisse a crianças e jovens de classes menos favorecidas, incorporando-se à rotina assistencial de toda criança e todo adolescente. Pela mesma razão, também aufere dimensão importante a vigilância do crescimento, então como instrumento de avaliação das condições de saúde e de bem-estar de grupos populacionais, graças à denominada tendência secular de crescimento (JORDAN, 1984). Uma reedição do Cartão da Criança em 2003 acrescentou informações de alerta direcionadas aos pais quanto à importância do monitoramento do CD pelos profissionais.

Apesar de escassos, alguns trabalhos na literatura já apontam a subutilização da caderneta de saúde da criança pelos profissionais de saúde a partir da identificação do

subregistro e poucas orientações a respeito do documento (FROTA et al., 2007; RATIS; BATISTA FILHO, 2004; SANTOS et al., 2000; VIEIRA, 2005).

Em 2005, referenciada pelas orientações do documento Saúde no Mercosul, e com o objetivo de elaborar um instrumento portátil que permitisse a continuidade do atendimento às crianças em qualquer país membro do bloco econômico, a Portaria MERCOSUL/GMC Nº 04/05, intitulada “*Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança*”, aprova a criação de um documento, denominado, então, Caderneta de Saúde da Criança. O documento deveria conter informações básicas e comuns sobre o estado de saúde da criança, englobando aspectos quanto à identificação da criança e dos pais, dados sobre a gravidez e pré-natal, calendário vacinal, aleitamento materno, alimentação complementar, registro do crescimento em gráficos e anotações para intercorrências. No mesmo ano, a portaria 1.058 assegurou a distribuição gratuita a todas as maternidades públicas e privadas no Brasil. Além disso, cada país membro poderia incorporar mais informações de acordo com suas necessidades e enfoques.

Paralelamente, inserido nos debates sob o enfoque da integralidade e Promoção da Saúde, no Brasil, o Cartão da Criança foi revisado e transformado na Caderneta de Saúde da Criança, com o objetivo de promover a vigilância à saúde integral da criança. Segundo o Ministério da Saúde, a nova Caderneta deveria ser entregue aos pais da criança ainda na maternidade e seu preenchimento começa no hospital, chegando a todas as crianças brasileiras nascidas desde 2005 (BRASIL, 2005).

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, propõe dar conta de um conceito de saúde que consiga abarcar os diferentes modos de ser sujeito (LARA; GUARESHI; HUNING, 2009). Em consonância, Birman (1991) aponta a necessidade de se trazer para a arena da saúde as dimensões simbólica, ética e política, privilegiando-se diferentes modos de produção de sujeitos, concebendo, portanto, não a possibilidade de produção de um modo de ser e viver a infância, mas de vários.

Orientar-se pela atenção integral implica um não reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma abertura ao diálogo. A noção de integralidade acompanha a ruptura com o modelo de ciência baseado no cientificismo positivista, ao negar a visão reducionista que o biologicismo imputa ao entendimento do problema vivido pelo paciente. O profissional da saúde deve estar sensibilizado para escutar o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário traz como demanda (MATTOS, 2001).

Franco et al (2007), apontam para a necessidade de estudos avaliativos que tangenciem a utilização da Caderneta, a fim de ensejar reflexões sobre a prática desenvolvida, a qual requer maior participação dos profissionais e usuários. Para os autores,

[...] Não terá uma eficácia, porém, se os pais/responsáveis não forem orientados sobre esse cuidado, sendo a Educação em Saúde um componente essencial para a melhoria na qualidade do atendimento ao cliente, em especial na rede básica de saúde. Assim, registra-se a concepção de que a atenção integral à saúde da criança, por parte dos profissionais de saúde e dirigentes, deve ir além das tabelas e figuras, entendendo a utilização plena do “Cartão da Criança” para aquelas que nasceram até o ano de 2004, assim como a “Caderneta de saúde da criança” a partir de 2005. (P.223).

Em Belo Horizonte, Goulart *et al* (2008), ao observarem 797 cadernetas de saúde da criança, daquelas nascidas em 2005, revelaram a precariedade do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Ao se reportar a função que os usuários atribuem à caderneta, a maioria (51%) a relacionou ao monitoramento, crescimento ou desenvolvimento; 45% apenas como cartão de vacinação, 12% relataram que funcionava como mediador comunicativo entre o serviço e as famílias, e 4% como um documento de identidade da criança. Os autores, contudo, não aprofundaram estes achados, limitando sua análise a uma quantificação dos atributos funcionais, sem de fato compreender o porquê destas respostas.

No ano de 2006, houve outra atualização da Caderneta, passando esta de 34 para 84 páginas, tendo sido denominada “Caderneta de Saúde da Criança: passaporte de cidadania”. O documento passou a incluir novas curvas de crescimento desenvolvidas pela OMS (2006) e acompanhar as crianças até os dez anos sendo repassada diretamente aos municípios pelo Ministério da Saúde. A nova proposta de documento tem como eixo de atenção à saúde da criança o crescimento e o desenvolvimento saudável, de forma a tornar a atenção às patologias uma intercorrência nesse percurso (BRASIL, 2008). Esta modificação amplia o campo de práticas que o documento passou a acompanhar, tornando possível intervir por meio de um viés de atenção integral à saúde da criança e deslocando o foco das práticas apenas do aspecto curativo. (DE LARA, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (2008, p.),

[...] seu conteúdo foi bastante diversificado, acrescentando-se mais informações e orientações. Destacam-se as orientações sobre os cuidados com o bebê nos primeiros dias de vida, o desenvolvimento afetivo, o tratamento da doença diarreica, o Registro Civil, a identificação de sinais de perigo, entre outros. A parte do aleitamento materno ganhou mais espaço para as orientações, assim como as orientações de prevenção de acidentes.

Esse entendimento amplia as intervenções da atenção à saúde das crianças e cria uma série de intervenções sobre elas, como cuidados relativos ao ambiente em que vivem, à alimentação, ao afeto e à segurança. Para o MS (2007), na caderneta, a diversidade de cuidados a que se reporta o conceito de saúde aparece na amplitude das intervenções que indicam aos pais e profissionais de saúde as práticas de atenção à saúde da criança, tais como: ambiente saudável, alimentação/amamentação saudável, saúde bucal, observação do que o filho ou filha já consegue fazer, desenvolvimento com afeto e segurança, de acordo com as exigências da idade, saúde ocular, saúde auditiva, perímetro encefálico, vacinação (BRASIL, 2007). Assim, articula a saúde como um direito da criança que envolve os demais direitos relativos às condições de vida que não prescindem de um olhar sob a perspectiva da integralidade das ações ensejando um espaço onde diversas formas de ser criança possam ser contempladas (LARA; HUNING; GUARESHI, 2009).

Lara (2009), em sua dissertação, problematiza as racionalidades que produzem e sustentam o cuidado à criança com base na Caderneta de Saúde da Criança. À luz da atitude crítica de Foucault (2005), reflete sobre as formas de assujeitamento e o objeto infantil que nossas políticas produzem.

Apoiada na reflexão de Birman (1991), Lara (2009) entende a criança da saúde pública como aquela que precisa ser investida de práticas com a finalidade de tornar-se um adulto produtivo e saneado. Essa racionalidade organizou-se como um regime de verdade que prescreveu modos universalizantes e práticas sanitárias que não consideravam a ordem simbólica e histórica, ao analisar as condições de vida e saúde das populações. A saúde pública, na Modernidade, constitui-se de um conjunto de práticas que enunciam verdades para o sujeito-criança e o liga a uma determinada identidade. A autora chama atenção para o perigo de tomar tais orientações como parâmetros absolutos para todas as intervenções em saúde, pois essas generalizações sobre a vida das pessoas não consideram os fatores contingenciais relativos à vida em movimento.

A saúde coletiva, por sua vez, aparece como movimento de crítica à saúde pública, considera outros modos de ser criança, buscando não privilegiar a produção de uma infância. As racionalidades da saúde pública, no entanto, ainda se encontram presentes nas elaborações de saúde atuais como uma prática coexistente, o que enseja um paradoxo: a saúde pública privilegia a infância universal e a saúde coletiva, procurando abarcar diferentes modos de manifestação como ser humano. Nas palavras da autora,

A Caderneta estaria seguindo a tendência de criar manuais de como ser pai, mãe, filho, empreendedor, ser professor ou ser qualquer coisa na sociedade atual. A Caderneta quando tomada como um discurso de verdade produz discursos especializados sobre a criança e se coloca acima dos demais saberes que estão presentes na sociedade sobre a saúde da criança. Esses manuais, e, em especial a Caderneta, pode ser de grande ajuda para orientar os pais ou cuidadores sobre como cuidar da saúde da criança, mas pode desqualificar o cuidador ao desconsiderar os conhecimentos e intuições que eles trazem. Isso estaria baseado em um a priori de que os pais não têm condições de cuidar dos seus filhos. (LARA, 2009, p. 71).

Para a autora, ainda que a Caderneta imponha padrões e referências para o cuidado, considera a criança sob a interação de várias dimensões. Na opinião de Merhy, as tecnologias duras – o trabalho morto – dependem do campo relacional para materializar o trabalho vivo em ato, fato esse possível, com o redimensionamento do modo de agir nos microcontextos.

Por fim, após a última atualização, foi publicada outra versão da Caderneta de Saúde da Criança em 2009. Apesar de manter o conteúdo da edição anterior, acrescentou informações quanto à ordenha, que podem ser úteis para as mães que trabalham fora e querem continuar amamentando; ampliou a faixa etária para monitoramento do desenvolvimento da criança para até três anos; e incorporou as curvas de crescimento da OMS (2007). Atenção especial, porém, deve ser dada a sua organização, que agora separa uma parte especificamente para os usuários cuidadores e outra para os profissionais. Já se admite a necessidade de uma linguagem diversas para estes agentes e, ao mesmo tempo, enfatiza que o cuidado à criança é produto da coparticipação do serviço e da família, no âmbito das quais são produzidas e reiteradas as ações em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a nova Caderneta pretende estimular os pais e as crianças a se entenderem ao longo do desenvolvimento, fazendo com que reconheçam as necessidades e jeitos de ser da criança. Esse posicionamento compreende a infância como uma importante etapa do desenvolvimento, com peculiaridades de acordo com a idade e o contexto em que se vive. As crianças são identificadas como sujeitos que possuem sentimentos e que precisam se desenvolver com afeto (BRASIL, 2007).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004). Portanto, na Caderneta, a saúde é um direito que atualmente vincula direitos diversos: registro civil, alimentação, exames, acesso à saúde, acesso à escola, vacinação, ambiente, lazer e afeto. Isso produz uma

ruptura com o modelo que considera a saúde da criança como envolvendo apenas os aspectos relacionados com o desenvolvimento e crescimento físico da criança. A ampliação dos direitos humanos e a especificidade conferida pela Declaração dos Direitos da Criança amarram a saúde a todos os fatores que dizem respeito à existência e ao momento de vida por que estão passando essas crianças.

Alves et al (2009) exprimem a importância de a equipe de saúde encarregada da assistência à criança assumir a responsabilidade pelo seu uso adequado. Neste sentido, o MS ratifica a relevância da apropriação pelas famílias, garantindo o cuidado integral com a criança e os seus direitos como cidadã. Para que isso venha a se concretizar, é fundamental o preenchimento da Caderneta pelos profissionais de saúde. Impõe-se que todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, seja nas creches, nas pré-escolas e em outras instituições, observem as informações contidas nesse instrumento para o efetivo acompanhamento da saúde da criança, proporcionando maior conhecimento do seu histórico de saúde (GOULART *et al*, 2008).

Dessa forma, espera-se que essa ferramenta também possa intermediar os diálogos entre os componentes familiares e os profissionais de saúde, entendendo que estes últimos têm um importante papel educativo (ALVES *et al.*, 2009). Segundo Frota et al (2007), a ênfase na educação tem origem, em parte, na premissa de que o público tem o direito de esperar e receber um cuidado compreensivo, refletindo e questionando mais acerca dos serviços. Todo o contato com o usuário do serviço, estando a pessoa doente ou não, deve ser considerado uma oportunidade de ensino, pois, enquanto o usuário tem o direito de trazer para sua prática as orientações, o profissional tem a responsabilidade de transmiti-la (FROTA *et al.*, 2007).

Tendo como ponto de partida a reflexão dos autores até aqui trabalhados, pretendemos problematizar o modo como a nova Caderneta de Saúde é trabalhada nas unidades de saúde bem como os significados a ela atribuídos. O que se põe em questão não é a caderneta em si, mas o modo como esta tecnologia é percebida pelo serviço, tendo como objetivo a Promoção da Saúde no nível das habilidades pessoais, o campo relacional na percepção do usuário como integrador do processo e as estratégias e concepções educacionais operadas. De efeito, convém questionar e aprofundar sobre como o profissional percebe o seu envolvimento e participação neste processo.

2.5 O crescimento e desenvolvimento infantil: concepções e a conformação das ações para o cuidado à criança

Ao observar a constituição de políticas públicas no Brasil para a infância, notamos que o CD orienta várias ações no cuidado para que esta fase seja vivida de forma plena e produza um adulto saudável. A Caderneta de Saúde da Criança tem como foco principal trabalhar este processo junto às famílias e cuidadores, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade nesta fase da vida, permitindo um desenvolvimento da criança em todos os aspectos, sejam eles biológicos, emocionais e sociais. Consideramos que, ao estudar a Caderneta de Saúde da Criança, não poderíamos deixar de aprofundar as categorias crescimento e desenvolvimento, no sentido de entender a conformação de suas percepções, o que está intimamente relacionado à orientação das práticas descritas nesta ferramenta. Desta forma, neste capítulo, pretendemos compreender como esta concepção influenciou no cuidado à criança.

Durante a infância, muitos eventos ocorrem pela primeira vez: o primeiro sorriso, a primeira palavra, os primeiros passos, o primeiro alcance de um objeto. Na concepção do Ministério da Saúde, a criança é um ser dinâmico, complexo, em constante transformação, que apresenta uma sequência “previsível” e também regular de crescimento físico e de desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2002). O que denominamos de “previsível”, no entanto, compreende o esperado considerado normal e saudável sob o espectro biológico, mas que está intimamente relacionado e organizado sob as ações do meio no qual a criança se insere.

Crescimento e desenvolvimento infantil fazem parte do mesmo processo, porém exigem abordagens diferentes e específicas para sua percepção, descrição e avaliação (BRASIL, 2002). Caracterizam-se como fenômenos complexos condicionados a inúmeros mecanismos fisiológicos, que dependem da interação de várias dimensões da vida humana: condicionantes genéticos, ambientais, sociais e psicológicos (VITOLLO, 2008; OMS, 1995; VICTORA; CORA; ONIS, 2007). Desta forma, sua avaliação é capaz de refletir as condições de saúde e bem-estar geral de crianças individualmente, de grupos de crianças, ou de sua comunidade (OMS, 1995; ZEFERINO *et al*, 2003).

A influência contínua de fatores intrínsecos e extrínsecos provoca variações de um indivíduo para outro, tornando único o curso do desenvolvimento de cada criança. Os fatores intrínsecos determinam as características físicas da criança, a cor dos seus olhos e outros atributos geneticamente determinados. Os fatores extrínsecos começam a atuar desde a concepção, estando diretamente relacionados com o ambiente da vida intrauterina, proporcionado pela mãe por meio das suas condições de saúde e nutrição. Além disso, mãe e feto recebem os efeitos do ambiente que os circunda. O bem-estar emocional da mãe também influencia de forma significativa o bem-estar do feto, embora esse tipo de influência não funcione, necessariamente, como causa direta de problemas de desenvolvimento posteriores. Após o nascimento, o ambiente onde a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, o carinho, estímulos e alimentação passam a fazer parte significativa no processo de maturação que a leva da dependência à independência (BRASIL, 2002).

Em níveis fisiológicos, o crescimento infantil é definido como um processo biológico de caráter dinâmico, contínuo desde a concepção até o final da vida, caracterizado pela multiplicação e aumento do tamanho celular e da dimensão corporal (BRASIL, 2002; VITTOLO, 2008). Em 1828, Villermé já apontava a relação entre o ambiente e o crescimento, ao observar o exército napoleônico, no qual constatou uma influência das condições de vida sobre a velocidade de crescimento dos soldados (*apud* TANNER, 1981). Mais tarde, Engles (1884) alertava para as influências deletérias das privações sofridas na infância sobre a saúde na vida adulta (KRIEGER, 2001). Inicialmente, esta constatação não foi aceita, especulando apenas fatores genéticos como condicionantes do perfil de crescimento na infância. Habicht, em 1974, no entanto, demonstrou que crianças menores de cinco anos de várias nacionalidades crescem num ritmo semelhante (à exceção dos orientais e de algumas tribos africanas), desde que submetidas a boas condições de vida. O mesmo não acontece com crianças de mesma nacionalidade, porém sob condições socioeconômicas diferentes (as de nível alto crescem de modo similar às crianças de países desenvolvidos, enquanto as de baixo nível socioeconômico crescem em ritmo mais lento).

O avanço científico e a apropriação epistemológica sobre os processos de saúde-doença, atualmente, permitem admitir não só a influência, mas também a inter-relação que o meio e todo seu dinamismo histórico implicam nos processos de saúde (BARATA, 2005). Assim, é admitida a percepção sobre o peso crescente de outros condicionantes, favorecendo ou impedindo a expressão do potencial genético (BRASIL, 2002). Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores

genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. Os fatores genéticos apresentam a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem (HABICHT, 1974).

O crescimento normal depende do atendimento de várias necessidades durante a vida fetal e a infância (VICTORA; CORA; ONIS, 2007). Com efeito, a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde nesta fase da vida (MONTEIRO; JÚNIOR; CONDE, 2000).

Organismos internacionais e nacionais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), preconizam o acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à criança (OMS, 1995; BRASIL, 2002; ZEFERINO *et al*, 2003). Embora a adequação do crescimento seja insuficiente, por si só, para avaliar adequadamente o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, o crescimento físico normal é um prerequisite para qualquer estratégia de promoção do bem-estar infantil. A marcante vulnerabilidade das crianças faz com que seu crescimento constitua um excelente indicador "sentinela" na avaliação do desenvolvimento socioeconômico e de saúde da comunidade onde elas vivem (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Para acompanhar e monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil, a OMS recomenda o uso de referências, traduzidas por meio de gráficos ou curvas de crescimento, que permitem comparar populações distintas, em que as distribuições de crianças conforme o sexo e a idade são diversas. Ademais, podem inferir acerca das medidas de que apoio que as crianças dispõem no ambiente no qual se encontram (ANNAN, 2004; VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Conforme revisamos, o Ministério da Saúde utiliza como estratégia para a avaliação do crescimento e desenvolvimento a Caderneta de Saúde da Criança, na qual, além de outras informações, incorpora as curvas de crescimento, com fins de manter uma vigilância permanente do estado de saúde da criança. Até o ano de 2005, as referências utilizadas eram baseadas nas curvas do National Center for Health Statistics (NCHS) e Center Disease Control (CDC), adaptadas das propostas originais de Morley e Morley & Woodland. Morley propôs que o acompanhamento do peso poderia informar se uma criança estava apresentando problema nutricional antes que a desnutrição se tornasse clinicamente evidente. Dessa forma, o agente de saúde poderia tomar providências com bastante antecedência. Essa curva,

denominada “caminho da saúde”, foi elaborada segundo alguns princípios práticos: para ser usada por agentes de saúde onde havia escassez de médicos, com pouca capacidade de leitura e escrita; e em locais onde as populações mudavam com frequência. Daí o desenho ser com intervalos grandes, sem diferenciar por sexo; o cartão deveria ficar com a família, não no serviço de saúde (ZEFERINO *et al*, 2003).

Essa proposta teve o grande mérito de chamar a atenção das autoridades de saúde de países diferentes sobre a importância da avaliação periódica do crescimento das crianças, ao ponto de a OMS encampá-la, fazendo a própria proposta. Sua versão segue basicamente os mesmos princípios, mas diferenciando por sexo. Como se trata de uma curva transversal, ela não apresenta curva de velocidade de crescimento. Esta é inferida com base na inclinação da curva que a criança apresenta. Se ela acompanha o desenho, a criança está indo bem; se está paralela ao eixo do x, a criança está em risco; se está descendente, a criança está em franco processo de desnutrição. Note-se que o diagnóstico é baseado na inclinação da curva e no ponto onde ela se encontra. Trata-se de uma visão longitudinal, uma avaliação que pressupõe o seguimento da criança (ZEFERINO *et al*, 2003).

As curvas referenciadas pelo NCHS, no entanto, refletiam um padrão de crescimento de um grupo populacional restrito, composto por crianças que, predominantemente, recebiam leites artificiais, residiam em uma só área geográfica e pertenciam a famílias de descendência norte-europeia, de nível socioeconômico relativamente alto (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007). Passou-se a questionar a adequação destas curvas como referências para avaliação e monitoramento do crescimento infantil, visto que o padrão de crescimento diferencia-se de acordo com o padrão alimentar, ambiental e genético a que uma criança é exposta. Haja vista a crescente utilização das medidas e indicadores antropométricos para a triagem e avaliação do estado de saúde de indivíduos e populações de todas as idades, assim como as frequentes críticas à referência NCHS-OMS, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu, em 1993, o Grupo de Trabalho sobre Crescimento Infantil. Este foi encarregado de desenvolver recomendações para o uso e interpretação apropriados da antropometria em bebês e crianças pequenas. No início de suas deliberações, o grupo observou que crianças amamentadas, saudáveis, filhas de mães bem nutridas e vivendo sob condições ambientais favoráveis, ainda assim, pareciam estar crescendo inadequadamente de acordo com a referência NCHS-OMS (1977). Esse déficit de crescimento era inconsistente com os múltiplos benefícios de saúde associados ao aleitamento materno e ao fato de que

estas crianças viviam em ambientes propícios à saúde e ao crescimento (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

O grupo passou então a reunir dados, publicados e não publicados, sobre crescimento de crianças exclusiva ou predominantemente amamentadas pelo menos até quatro meses de idade e que continuaram em aleitamento materno até os 12 meses. Após estudos prévios realizados pela OMS (1994), com amostras de crianças amamentadas exclusivamente, incluindo uma amostra multiétnica, ficou claro que o padrão de crescimento dessa amostra de crianças era claramente inferior em velocidade e variabilidade ao da referência NCHS-OMS (1977), e que a magnitude desse desvio era suficientemente grande para interferir na identificação de crianças sob risco de crescimento excessivo ou deficiente e, em consequência, na conduta nutricional adotada (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

Assim, a OMS concluiu a necessidade de novas curvas, aproximando-se mais de um padrão do que de uma referência, evidenciando aquilo que se consideraria como 'condições ideais' nas quais as crianças deveriam crescer, incluindo alguns comportamentos específicos e consistentes com as recomendações atuais para a Promoção da Saúde, por exemplo, recomendações sobre o aleitamento materno, adequados cuidados pediátricos, ausência do tabagismo materno etc. (GRAZA; ONIS, 2004a).

A recomendação para a formulação de novas curvas de crescimento foi referendada pela Assembleia Mundial de Saúde da OMS em 1994. A OMS, mediante o Programa de Nutrição, coordenou o estudo denominado *Multicenter Growth Reference Study* (MGRS) por meio de um grupo internacional e multiprofissional que objetivava desenvolver novas curvas de crescimento com a possibilidade de aplicação universal (GARZA; ONIS, 1999, 2004a,b; GARZA, 2006; OMS, 2006).

O estudo foi desenvolvido entre 1997 e 2003 em diferentes grupos étnicos (amostra multicêntrica) escolhidos em continentes diferentes de seis cidades capazes de oferecer uma estrutura para sua realização e contar com recursos públicos e/ou de agências financiadoras para pesquisa. Desse modo, foram selecionadas: Pelotas (Brasil), Davis (Estados Unidos), Muscat (Omã), Oslo (Noruega), Acra (Gana) e Nova Delhi (Índia). (ONIS et al, 2004).

O estudo combinou uma etapa longitudinal, que arrolou inicialmente 1.737 crianças do nascimento aos 24 meses, das quais 882 concluíram o seguimento de dois anos (428 meninos e 454 meninas) e outra etapa transversal de 6.669 crianças de ambos os sexos com idade entre 18-71 meses. Para serem incluídas no estudo, as crianças teriam que viver os primeiros anos em condições de vida e saúde consideradas ideais, que garantissem a

possibilidade de crescimento em conformidade com o potencial genético, como ter nascido de parto único a termo (ainda que com baixo peso); mães com intenção de amamentar de acordo com o padrão proposto como adequado pela OMS (na época, aleitamento materno por quatro meses, exclusivo ou predominante, e sua manutenção parcial por pelo menos um ano); e mães não fumantes. Para a amostra transversal, as exigências foram iguais, com exceção da alimentação: o aleitamento deveria ser de no mínimo três meses, exclusivo ou não (ONIS et al; 2004).

No estudo de acompanhamento longitudinal, as mães e recém-nascidos incluídos desde o nascimento foram visitados em domicílio nas semanas 1, 2, 4 e 6; mensalmente, de dois a 12 meses, e bimestrais do 2º ano. Alguns cuidados metodológicos foram tomados, como o treinamento específico de todos os profissionais envolvidos nas mensurações com supervisões técnicas periódicas. Além disso, foi utilizado um instrumental o mais atual e padronizado possível, de maneira a garantir precisão e confiabilidade nas medições. Foram coletadas informações quanto à caracterização da família, condições de vida, e morbidade; e antropométricas em cada avaliação - peso, perímetro craniano, comprimento supino (no seguimento longitudinal), estatura, perímetro braquial e dobras cutâneas tricipital e subescapular. Também foram coletados dados de desenvolvimento, de maneira a poder criar marcos da evolução das crianças que pudessem ser avaliados sistematicamente em conjunto com o crescimento (ONYANGO; PINTOL; ONIS; 2004; ONIS et al., 2004; WIJNHOVEN et al; 2004).

Dessa forma, o grupo conseguiu evidenciar uma grande semelhança de comportamento nas seis populações estudadas. A parte de coleta de dados do estudo foi concluída em 2003; no primeiro semestre de 2006, o conjunto inaugural de dados de crescimento foi apresentado publicamente e posto à disposição no *site* da OMS. Esse conjunto englobava tabelas e gráficos de percentis e de escores z por sexo e idade (de 0 a 60 meses), relativos a peso, comprimento supino, estatura e índice de massa corpórea (IMC). Cabe salientar que o IMC abarca também os dois primeiros anos de vida, o que não acontece com o referencial CDC/NCHS 2000; também já traz o referencial de desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

A OMS recomenda toda uma agenda de implementação das novas curvas, incluindo treinamento, estratégia de disseminação e desenvolvimento de *software*, além da adaptação em sistemas nacionais e internacionais de crescimento infantil. No Brasil, a inclusão das novas curvas na Caderneta de Saúde da Criança constitui uma das estratégias para monitoramento do crescimento infantil e detecção precoce de atrasos com diminuição da

morbimortalidade nessa fase. Pretende, assim, acampar o estado da arte do conhecimento atual da nutrição e crescimento infantil adequados, tanto em termos de alimentação quanto em matéria de ausência de restrições econômicas ao potencial genético de crescimento (VICTORA; ARAÚJO; ONIS, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a nova Caderneta de Saúde da Criança, com suporte nas experiências, compreensões e significados constituídos desta tecnologia, na Atenção Básica, no Município de Fortaleza-CE, sob a percepção de usuários e profissionais de saúde

3.2 Objetivos específicos

- Observar como é utilizada rotineiramente a nova Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde;
- identificar como se processa o uso da nova Caderneta de Saúde da Criança na perspectiva de profissionais de saúde e usuários;
- identificar as percepções de usuários e profissionais de saúde em relação à nova Caderneta de Saúde da Criança;
- identificar os limites e obstáculos percebidos por estes sujeitos ao utilizar a nova CSC para o cuidado da criança.

4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

[...] discutir metodologia é entrar num forte debate de ideias, de opções e de práticas. (MINAYO, 2010a, p. 44)

A trajetória metodológica capaz de responder às indagações da investigação foi pensada com base em duas questões fundamentais: (1) o lugar do pesquisador e (2) a demanda que surge do próprio objeto de investigação. Sendo assim, a problematização e os objetivos delineados, à medida que se inserem no campo do simbólico, das significações, buscando a compreensão do fenômeno por meio da subjetividade, entendemos que a possibilidade de acesso a estas respostas só seria possível por meio de uma abordagem qualitativa.

As abordagens qualitativas se ocupam em investigar fenômenos sociais que não podem ser quantificados, trabalhando com o universo dos significados, valores, história, crenças, opiniões e atitudes que compõem a realidade social. Este conjunto de sentidos são produtos de como a pessoa humana interpreta suas vivências, delinea ações e reações, pensa e age sobre o mundo e acerca de si mesma. Consideramos que estes sentidos são social e historicamente constituídos e perpassados por aquilo que os particularizam para quem os vivencia, produzindo significações, subjetividades e ações. Tal como anota Weber (1970), a abordagem qualitativa procura atingir o fenômeno histórico, ou seja, significativo em sua singularidade (MINAYO; SANCHES; 1993; MINAYO, 2009; 2010a; 2010b).

Pope e Mays (2009) enfatizam a necessidade de questionamento de suposições do senso comum ou “idéias tidas como garantidas” (p.14) nas abordagens qualitativas. Consiste no que Bauman (1990) denomina de desfamiliarização, com origem no estranhamento e questionamento acerca da natureza dos fenômenos sociais.

Nossa opção pela abordagem qualitativa pode ser justificada nas palavras de Minayo (2010b, p.21), ao assinalar que “O universo da produção humana, que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e das intencionalidades, é objeto da pesquisa qualitativa e dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos”.

Ao se pensar saúde como fato social em que as vivências tanto na saúde quanto na doença produzem efeitos no corpo e no imaginário, com reais consequências, a abordagem qualitativa, aqui pretendida, não objetiva negar a necessidade da epidemiologia e ciências

médicas, bem como a procedência e significados dos seus achados, mas que estes lugares científicos consigam dialogar e incorporar os valores, atitudes e crenças das pessoas em suas avaliações, planejamento e práticas, o que reflete diretamente em como cada sujeito e cada coletivo agem no processo saúde-doença (MINAYO, 2009). Sobre isto Weber (1974, p. 110 apud MINAYO, 2010a, p. 59-60) já afirmava que, “Na ação está contida toda conduta humana, na medida em que o autor lhe atribui um sentido subjetivo”.

Para Minayo (2010a; 2010b), a metodologia consiste no “caminho do pensamento” que exige o objeto de investigação, o qual orienta o método, as técnicas e os instrumentos adequados para acessar o campo empírico. Existe uma pluralidade de interpretações dos fatos, sistematizadas como correntes de pensamento (MINAYO; 2010a), contudo, as enquadradas nas teorias compreensivas trazem em comum o reconhecimento da subjetividade e do simbólico contidas na realidade social, além da imbricação do pesquisador com o objeto a ser estudado, entendido na dimensão subjetiva.

Compreender, então, as interpretações e significados que tanto usuários quanto profissionais sugerem acerca da Caderneta de Saúde da Criança e, deste modo, ensinar uma reflexão acerca do processo, bem como vislumbrar estratégias de transformação e “empoderamento”, nos remete ao campo da avaliação qualitativa.

4.1 Avaliação qualitativa

O ato de avaliar está constantemente nas ações humanas. Após a Segunda Guerra Mundial e com o investimento do Estado na vida da população, a avaliação foi se institucionalizando com o objetivo de verificar a efetividade e alcance das ações e dos investimentos. A concepção mais difundida de avaliar significa emitir um juízo de valor, um julgamento sobre algo. Na saúde, a incorporação da prática avaliativa sustentada no paradigma positivista, outrora hegemônico neste campo, com enfoques econômicos, epidemiológicos e gerenciais (TEJADA-TAYABAS, 2010, **tradução nossa**), segundo Deslandes (1997, p. 104) “não deixa de causar um certo empobrecimento e dogmatismo, pois reduz um amplo campo de produção de conhecimento à sua instância técnica”.

Outros enfoques no campo da avaliação, contudo, admitem a pluridimensionalidade inerente aos processos de saúde-doença considerando aspectos culturais, sociais e econômicos compreendidos e vivenciados diferentemente pelos vários agentes que deles participam, interferindo no sucesso de uma ação, serviço ou programas (DESLANDES, 1997; BOSI E MERCADO, 2006). O aprofundamento desta percepção acompanha os debates no contexto da Promoção da Saúde e da ação em saúde como relações sociais. Em especial, no Brasil, o estabelecimento de um sistema de saúde, alicerçado em princípios como a integralidade, universalidade e equidade, exigiria uma reorientação do modo de avaliar as ações, políticas e programas no campo da saúde, justificando a crescente produção acerca de novas concepções das investigações avaliativas capazes de transpor a objetividade, desobscurecer e dar conta da complexidade que o fato social demanda. Nesta perspectiva, Bosi e Uchimura (2006, p. 88) salientam:

[...] sustentamos que a existência de um sistema de saúde ancorado em uma noção ampliada de saúde, que pressupõe a humanização das práticas e que estimula a compreensão da saúde como direito de cidadania, exerce, sem sombra de dúvida, fundamental papel na definição de um panorama com especificidades própria, a ser reconhecida e consideradas nas iniciativas de avaliação, em especial aquelas voltadas à avaliação da qualidade.

Do mesmo modo, reiteram que “[...] a existência concreta de seus desdobramentos e estratégias – um exemplo é o PSF (Programa de Saúde da Família) – são situações idealmente oportuna à idealização de propostas metodológicas que iluminem aqueles elementos que lhes são específicos.” (BOSI; UCHIMURA, 2006).

O serviço de saúde é entendido como um campo de práticas e técnicas conformadas por embates de racionalidades sociais e políticas distintas que direcionam uma agenda de prioridades (COHEN; FRANCO,1993 apud DESLANDES, 1997). Portanto, a avaliação deve abranger uma análise crítica dos serviços em função dos valores culturais e expectativas dos vários agentes sociais envolvidos, assim como das suas realidades socio-econômicas, pois entendemos que estas dimensões incidem sobre os desdobramentos do sucesso prático destes serviços (ATKISON,1993; AYRES, 2004).

Deslandes (1997) enfatiza a especificidade e a dinâmica de movimentos próprios dos serviços, os quais são configurados por agentes distintos marcados por antagonismos e consensos. Desta forma, avaliar é também decodificar conflitos, visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o

serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência (DESLANDES, 1997).

Bosi e Mercado (2004; 2006) denominam enfoques emergentes no campo da avaliação, propostas com o objetivo de acessar a realidade, com arrimo nas perspectivas e experiências dos agentes que experienciam e, ao mesmo tempo, conformam os fenômenos. Desta forma, ampliam o espectro da análise para a compreensão e interpretação das subjetividades e significações conferidas às ações, tendo em vista uma real expressão acerca dos processos avaliativos, uma vez que estes constituem o próprio movimento das ações, ou objeto, que se tenciona avaliar.

[...] implica em reconhecer e considerar a centralidade dos processos simbólicos – e práticas discursivas dos atores envolvidos, em especial dos usuários – para a avaliação dos rumos da qualidade de um programa, compreendendo, sobretudo, o que *para eles* significa qualidade, já que constitui movimento distinto, em sua natureza, daqueles que se submetem à quantificação. (BOSI; UCHIMURA, p. 94, 2004).

A qualidade aparece analisada em duas dimensões - uma de ordem objetiva, mensurável, e, portanto, generalizável, e uma dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Em adição, usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde. Geralmente, dão prioridade a aspectos diferentes, quando avaliam as ações de saúde. Não só para democratizar as avaliações que pretendem influenciar processos de tomadas de decisão nos serviços, considerar diversos agentes envolvidos amplia o poder da avaliação de desvendar distintos aspectos de uma mesma intervenção e de seus efeitos (SERAPIONE, 1999).

Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos sujeitos implicados nas práticas – usuários, técnicos, gestores, dentre outros – entendendo essas percepções não como subjetividades encarnadas, mas como sinalização das experiências materializadas nas relações estabelecidas no interior de determinado programa (BOSI; UCHIMURA, p. 94, 2004).

Conforme Tanaka e Melo (2004), no processo de avaliação *a priori*, é importante identificar os aspectos sobre os quais se pode tomar decisões, observando, portanto, o grau de governabilidade dos envolvidos. Fazendo uma ponte com o pensamento de Merhy (2007), entendemos que o campo relacional é passível de análises e reflexões que deem azo a transformações tanto nos processos quanto nos resultados. O trabalho vivo em ato, como trata

o autor, não prescinde de desdobramentos intercessores e relacionais, mediadores da materialização do conhecimento e da técnica dos sujeitos - usuários e profissionais de saúde - na elaboração de projetos terapêuticos. Deste modo, o investimento em tecnologias leves como o cuidado, o vínculo, a responsabilização e autonomia, estão no ângulo da perspectiva da avaliação qualitativa, à medida que tentam democratizar as práticas e alcançar a realidade.

Furtado (2006) concede ênfase à avaliação qualitativa sustentada na premissa de que as dificuldades apresentadas pelas equipes e grupos de trabalho em analisar e formular seus planos, posições e formas de ação, via de regra, não se originam somente na falta de informações ou dados relativos à estrutura, processos ou resultados do programa ou serviços considerados. Segundo Campos (2000), conjecturas políticas, organizacionais e subjetivas interferem na análise e tomada de decisão que vislumbrem o sucesso prático das ações.

Conforme Minayo (2006), a avaliação qualitativa fundamenta-se metodologicamente no emprego e apropriação de estratégias de abordagens antropológicas para aplicá-las à avaliação de programas e serviços. Bosi e Uchimura (2006) propõem a análise do objeto de avaliação sob três planos: uma dimensão ontológica, uma metodológica e outra política. A dimensão ontológica demarca o espaço epistemológico e conceitual do avaliador. Não diferente, a metodológica não prescinde do anterior, à medida que explicita as mediações conceituais e técnicas de explorar a realidade. As autoras sugerem o exercício da redução semântica, haja vista a participação de agentes diversos, na tentativa de aproximar a teoria ao campo empírico. Para tal, expressam a importância de uma aproximação com os conceitos constituídos pelos próprios sujeitos, que, por sua vez, podem ser diferentes em maior ou menor grau sob consensos ou contradições, daqueles nos quais o pesquisador se ancora. Para as autoras, consiste em compreender como “esses conceitos significam para cada segmento envolvido.” (P.110). Por fim, evidentemente, esta análise não se opera fora de um propósito político-ideológico, tomando o processo avaliativo como ferramenta técnico-política de transformação, sob diversos contextos reais.

Reunimos como proposta metodológica o desenho sugerida por Deslandes (1997), que utiliza o exercício da articulação entre a Dialética e a Hermenêutica, originalmente esmiuçada em Habermas (1987). Segundo o autor, “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”. (P. 20). A Dialética elabora sua análise sob a percepção de uma totalidade formada por contradições, que não necessariamente se negam, mas se reformulam e fazem uma nova unidade. O movimento dialético permite

identificar as contradições na realidade, considerada móvel, diversa e profundamente perpassada pelo seu caráter histórico e dinâmico. Do ponto de vista metodológico, a abordagem dialética precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem; compreender que a análise dos significados parte do espaço social; valorizar a dinâmica de contradições e consensos, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2010a). Em complemento, com a perspectiva compreensiva “busca-se perceber as representações articuladas sobre a atuação”. (DESLANDE, 1997, p. 106). O universo do simbólico e as representações constituídas estão intimamente conectados aos valores, práticas e conflitos presentes nas ações dos agentes sociais (DESLANDES, 1997; MINAYO, 2010a)

A Hermenêutica funda-se na compreensão e origina-se nos processos de intersubjetividade e de objetivação humana. Segundo Gadamer (1999), a compreensão contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade do indivíduo se por no lugar do outro. Na abordagem hermenêutica, a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem, que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento (nunca completo ou total), ou intransparente, levando a um impasse na comunicação (MINAYO, 2010a).

A compreensão, portanto, não se resume meramente a um comportamento subjetivo, mecânico e fechado perante o objeto, mas movimenta-se por meio do entendimento e do estranhamento. O traço essencial da compreensão reside na peculiaridade resultante do contexto, e, em última análise, do todo. Para Minayo (2010a), Gadamer (1999) e Schleiermacher (2000), incube um movimento dialético próprio à Hermenêutica, que enseja múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão. Assim, nada que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas. A historicidade no ato de compreender e interpretar tangencia sempre o objeto e o próprio pesquisador, que baliza sua compreensão pelo seu contexto de conformação. Com efeito, compreender significa compreender-se.

Para Minayo (2010a), compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções concretizadas perante a historicidade. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala.

A compreensão é ligada ao contexto vital da existência humana, portanto, o ato de compreender é uma realidade existencial. A interpretação não é uma questão de método. É, sim, uma questão relativa à existência do intérprete. A Hermenêutica, porém, visa a revelar, descobrir, esclarecer qual o significado mais profundo que está oculto, não manifesto, não apenas de um texto ou norma, mas também da linguagem. Pode-se assegurar que, por meio da Hermenêutica, se chega a compreender o próprio homem, o mundo em que vive, sua história e sua existência (NUNES JUNIOR, 2003).

Do ponto de vista metodológico, a Hermenêutica a) visa a esclarecer o contexto dos diversos agentes e de suas propostas; b) identifica as racionalidades que sustentam as mediações de comunicação; c) situa os fatos, relatos e observações no âmbito dos agentes; d) assume o papel de julgar e tomar posições sobre o que ouve, observa e compartilha e; e) produz um relato em que os vários agentes se contemplem (MINAYO, 2010a).

Ao sistematizar uma proposta metodológica para a avaliação qualitativa à luz da interface da Hermenêutica com a Dialética, Deslandes (1997) entende que a proposta deve buscar compreender antagonismos e consensos ocorrentes no cotidiano da execução dos programas/serviços e que podem ser elementos favoráveis ou obstáculos a sua realização. Incluir no rol da análise as interpretações dos sujeitos sobre as mudanças percebidas, confrontando com aquelas inicialmente esperadas pelo serviço, é item indispensável à avaliação qualitativa. Toda boa avaliação desencadeia um processo interno de debates e discussão, de debate sobre os obstáculos encontrados, identificando quanto cada fator, cada ator e conjuntura (política, administrativa etc) colaboraram para que o serviço atingisse (ou não) seus propósitos.

Há, nesse processo, um ganho de reflexão crítica (DESLANDES, 1997). Segundo Minayo (2006), o ponto crucial do processo reflexivo é o que aponta ser possível exercer uma superação sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimentos que pode ser agregada com valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. Deslandes (1997) destaca alguns aspectos para a operacionalização e análise da avaliação;

- a) o conhecimento aprofundado da atuação que se pretende analisar, o uso da Caderneta de Saúde da Criança com suporte nas experiências e percepções de profissionais e usuários da rede básica de saúde de Fortaleza, CE. Tal investigação, para a autora, deve ser produto de uma descrição detalhada da

ação. A autora expressa a importância da análise das estruturas e funcionamento organizacional para a compreensão do movimento histórico do serviço, porém, adverte que estas categorias não devem ser consideradas como realidades dadas, mas fruto de atividades objetivadas dos atores envolvidos e, que, portanto, aloca conflitos e interesses. Desta forma, a análise da totalidade, à luz da dialética, não devem se limitar à condição descritiva acerca das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção do fenômeno em destaque, mas analisar as conexões entre os elementos que o determinam. Desta forma, o objeto de análise não é o serviço em si, mas a atuação do serviço, circunscrito às relações que o fundam, bem como seus processos, e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais. Para a autora, esta etapa já traz indicações das relações mais complexas, apontando para a estrutura e os processos embutidos, bem como as contradições;

- b) análise da correlação entre o projeto institucional daquele serviço ou ação e o quadro mais amplo das políticas públicas que o justifiquem ou o contextualizem, identificando as racionalidades que sustentam o projeto;
- c) conhecimento empírico da atuação com observação da atuação em movimento, a ação concreta dos atores, os problemas vivenciados, os antagonismos latentes e o relacionamento entre os sujeitos sociais implicados;
- d) análise das representações sociais dos atores, desdobramento da fase anterior no trabalho de campo. Segundo a autora, deve-se compreender os valores, opiniões e visões de mundo acerca do objeto em questão. Aqui há merecido destaque para a compreensão daquilo que produz as próprias práticas avaliadas, tendo em vista as possibilidades ou não de sucesso, adesão e resistência. Busca-se compreender a lógica de funcionamento de cada grupo;
- e) a análise e diagnóstico na perspectiva da pesquisa estratégica, por meio da articulação entre a teoria e o campo empírico, com o objetivo de propor ações compromissadas na transformação da realidade, por meio do “empoderamento” dos atores e dos destaques que a pesquisa apontará. Materializa-se o processo avaliativo como ferramenta técnico-política para a transformação, buscando sempre a melhoria das ações, tendo em vista as possibilidades de conformação dos planos.

Mercado et al. (2006) e Tejada-Tayabas (2010), em suas revisões acerca das produções, na América Latina, de trabalhos sobre avaliação qualitativa, observam vários enfoques, mas que, no fim, objetivam apoiar as decisões políticas, a aprendizagem social, a promoção da democracia e o aperfeiçoamento da gestão, a valorização da problemática social, bem como a validação do sistema social e ideológico.

4.2 A exploração do campo

4.2.1 Local e sujeitos do estudo

O Município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do Estado do Ceará. A capital cearense é considerada a quarta maior cidade do País, possuindo uma área territorial de 313,8 km² e com uma população estimada de 2.452.185 de habitantes (IBGE, 2010). Habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, através da Portaria nº1452/GM, de 13 de agosto de 2002, o sistema de saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierárquica do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional, como também em espaços interestaduais. Dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais 133 são públicos (8%) e 1.578 são privados (92%). Dos estabelecimentos públicos, 98 são unidades básicas de saúde/ centros de saúde (FORTALEZA, 2007). o.

Em 2005, Fortaleza decidiu adotar a Estratégia Saúde da Família como estruturante da rede de serviços do Município. Assim, em fevereiro de 2006, integrando um concurso público estadual, o Município ofertou vagas para 1380 profissionais de nível superior, sendo 460 médicos, 460 enfermeiros e 460 odontólogos (BARRETO et al., 2006).

Foram implantadas, em 2006, 274 equipes de Saúde da Família (CASTRO, 2007). A decisão política baseou-se ainda nos resultados de desempenho insuficiente do sistema de saúde preexistente no Município, até então com coberturas insuficientes e injustas, do ponto de vista territorial, das ações de atenção primária à saúde, sendo que há uma concentração maior de serviços de saúde justamente nos bairros onde reside a população mais favorecida economicamente, enquanto uma grande parcela da população mais carente não obtinha acesso

a serviços básicos de Saúde (FORTALEZA, 2006). Atualmente tem 304 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 45% da população.

Fortaleza está dividida em seis secretarias executivas - I, II, III, IV, V e VI - que abrangem um conjunto de bairros com características epidemiológicas e socio sanitárias semelhantes. As secretarias executivas regionais prestam serviços municipais, identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas da população e promovendo o desenvolvimento urbano, ambiental e social (FORTALEZA, 2011). Desta forma, são responsáveis pela administração e operacionalização dos serviços prestados às comunidades que abrangem, dentre eles, a saúde.

Assim, os serviços de saúde são distribuídos de acordo com a demanda e localização estratégica, contando com uma rede de baixa, média e alta complexidade, a fim de concretizar os princípios doutrinários do nosso sistema de saúde. Conforme orientações do Ministério da Saúde, a Caderneta de Saúde da Criança deve ser entregue ainda na maternidade e trabalhada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) juntamente às famílias. Com efeito, o cenário de estudo desta pesquisa será constituído por algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública de Fortaleza.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC). Após aprovação (Protocolo COMEPE nº 104/11)(ANEXO 1), o acesso às Unidades Básicas de Saúde realizou-se mediante aceitação prévia da Secretaria Municipal de Saúde, instituição consultada para autorização e esclarecimento dos objetivos, estratégias e métodos do estudo. O acesso à Secretaria foi facilitado pelo encaminhamento ao setor de protocolos para submissão do projeto simplificado, para análise da coordenadora da Educação Permanente em Saúde. Após cinco dias, o parecer foi emitido com aprovação definitiva.

Conforme concedida a autorização, o passo seguinte foi o contato com os respectivos coordenadores das secretarias executivas regionais de saúde para os mesmos procedimentos citados anteriormente. O acesso às SER's apresentou algumas dificuldades operacionais, haja vista a pesquisadora ser de outro estado (Maranhão) e desconhecer alguns endereços, mas chegando aos locais, de um modo geral, a recepção foi boa, excetuando-se os trâmites burocráticos para autorização do estudo nas respectivas unidades.

Após o aceite das SER's com emissão de seus respectivos ofícios, direcionamos oficialmente para as unidades de saúde sorteadas, autorizando o estudo e ciência da permanência do pesquisador nos locais de estudo. Esse procedimento vem ajudando as

regionais e a SMS/ SMSE a conhecerem o que se está pesquisando, bem como discute com a rede os resultados. O estudo é composto por seis UBS, distribuídas em suas respectivas regionais. As unidades foram selecionadas por meio de sorteio, compondo uma amostra aleatória, o que garantiu a todas as unidades de saúde a mesma chance de participar. Para o sorteio, utilizamos uma listagem das unidades de saúde que existem em cada secretaria, disponível no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (www.sems.fortaleza.ce.gov.br), na qual as unidades estão organizadas conforme a regional de abrangência e enumeradas. Por exemplo, a Regional I possui 11 unidades, está enumerada de 1 a 11 com a descrição do contato de cada uma. O sorteio seguiu a numeração já disposta na lista.

Assim, foi sorteada uma unidade em cada regional, totalizando seis unidades. Após o sorteio, entramos em contato com os respectivos coordenadores das secretarias executivas regionais e, posteriormente, com os coordenadores locais das unidades, para consentimento e esclarecimentos do estudo e seus objetivos. Definimos como critério de inclusão das unidades: 1) possuir a Estratégia de Saúde da Família atuante; e 2) já ter na rotina do seu serviço a nova Caderneta de Saúde da Criança.

Para compor o grupo de sujeitos que participaram do estudo, inicialmente, pensamos em solicitar aos coordenadores de cada secretaria executiva de saúde a indicação de dois profissionais da unidade sorteada, especificamente, um médico e um enfermeiro que trabalhasse diretamente com crianças e com a nova Caderneta de Saúde da Criança, tendo, pelo menos, dois anos de experiência na unidade, pois consideramos o tempo suficiente para o profissional já estar adaptado à rotina da unidade, da comunidade, e ter tido contato e algum conhecimento a respeito da relação entre o serviço e a comunidade, bem como as demandas.

Após o contato com as secretarias executivas, contudo, houve unanimidade por parte destas de que a participação do profissional fosse acordada com eles na unidade ou com a própria gestão local. Ao adentrar o campo, procuramos a coordenação local para a indicação dos profissionais, porém, acharam prudente que a escolha fosse feita pelo próprio pesquisador após o contato com os profissionais. Desta forma, reunimos os médicos e enfermeiros das unidades e os selecionamos por meio de sorteio dos profissionais e que atendessem aos critérios de seleção anteriormente descritos. Sorteamos dois de cada profissão, caso houvesse recusa em participar do estudo por parte de algum dos profissionais sorteados. Apenas em uma unidade – SER II - encontramos dificuldades com a seleção destes profissionais, havendo recusa da maioria destes, compondo o estudo apenas o enfermeiro. Estes profissionais

relataram não ter nenhum contato com o atendimento infantil; então, não se sentiam confortáveis em participar do estudo.

Após seleção destes profissionais, os abordamos com ajuda da coordenação da unidade, para o contato inicial e apresentação da pesquisadora e explanação a respeito dos objetivos do estudo e entrevistas a serem realizadas para, então, haver autorização e consentimento na participação do estudo. As entrevistas foram imediatamente agendadas. Em todas as unidades visitadas a receptividade foi positiva por parte da coordenação e demais profissionais. Na maioria, de início, houve uma conversa rápida sobre a rotina da unidade, o quantitativo de profissionais, número de equipes da ESF e impressões gerais ensejadas pela rotina ao coordenador.

A seleção dos usuários também passou por algumas modificações do modelo que foi pensado antes da entrada no campo. Pensamos que poderíamos tomá-los aleatoriamente por meio dos prontuários das crianças cadastradas e atendidas na respectiva unidade. Seriam selecionados três prontuários de crianças entre seis e 24 meses, idade em que acreditamos que talvez a mãe responsável já tivesse algum tempo de contato com a caderneta neste intervalo de tempo – até os seis meses. Em seguida, localizaríamos o agente comunitário de saúde responsável pela família da criança selecionada, para que fosse feita a intermediação com a usuária, responsável pelo cuidado e acompanhamento da criança. Tendo contactado por telefone e consentida a participação no estudo pelas usuárias, agendaríamos as entrevistas.

Ao iniciar o trabalho e o contato com as unidades, este trajeto tornou-se impossível por duas razões principais: primeiramente, os profissionais do SAME relataram sua inviabilidade à medida que não tinham o controle destas crianças, não sendo possível obter por prontuário, que na maioria das vezes é eletrônico, na identificação destas crianças. Segundo, a CSC (2009) encontra algumas dificuldades em sua distribuição, fato que mais profundamente em nossa discussão. Ainda que as crianças nesta faixa etária, teoricamente, devessem conter a nova versão CSC, no entanto, muitas mães não conseguem ter acesso a caderneta e em muitos locais o único material disponibilizado é o cartão antigo ou, até mesmo, o cartão espelho usado pelos Agentes de Saúde, que contém apenas os registros de imunização. Desta forma, muitas mães não continham parte fundamental do nosso objeto - a caderneta.

Assim, uma estratégia foi traçar o trajeto inverso, primeiramente entrar em contato com o agente comunitário de saúde e depois contatar o usuário. Com efeito, à medida que

íamos entrando em contato com os profissionais, colocávamos a intenção de realizar o estudo com alguns usuários de sua unidade e a possibilidade da indicação de um Agente de Saúde para a realização do estudo. Em seguida, fomos apresentadas ao ACS por alguns profissionais e outros preferiram dar o contato telefônico dos ACS para que entrássemos em contato com estes, para apresentação dos objetivos do estudo, termo de consentimento da participação e apoio na pesquisa. Após esta etapa de apresentação, com disponibilidade dos ACS, que por sinal, muito elegante por parte dos ACS, que se disponibilizaram, a maioria trabalhando para captação destas usuárias fora do seu expediente de trabalho e às vezes fins de semana, demos continuidade à seleção dos usuários.

Assim, após o contato com o ACS traçamos como estratégia o levantamento das usuárias mães de crianças que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos e, a partir disso, sortearíamos a usuária. Isso foi possível, pois cada ACS contém um cartão espelho das crianças que atendem para o acompanhamento ponderal, de imunizações e com identificação de idade. Desta forma, localizamos as mães que, inicialmente, atendiam aos critérios de inclusão. Destas mães pré-selecionadas realizamos um sorteio para a seleção. Após sorteada, nos dirigimos junto com o ACS a residência da usuária, para as etapas de apresentação do estudo, termo de consentimento da participação e agendamento das entrevistas.

A primeira tentativa de adentrar o campo com essa estratégia nos mostrou, entretanto, sua inviabilidade, porquanto, em algumas unidades, expressiva quantidade das mães não possuía a nova versão da caderneta. Em razão do número de famílias que são acompanhadas, seria difícil exigir que o ACS se lembrasse das crianças que tinham ou não a caderneta. Assim, definimos como critério que, caso a mãe sorteada não possuísse a CSC, iríamos de casa em casa, de acordo com a proximidade da residência primeiramente selecionada. A primeira mãe que localizássemos e que possuísse a nova caderneta, inseridas nos critérios de inclusão e aceitasse participar do estudo formaria a nossa amostra.

Assim, compuseram nossa seleção de sujeitos entrevistados 19 usuários e 13 profissionais. Vale destacar, no entanto, que o dimensionamento da quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação. Por critério de saturação, consideramos o conhecimento formado pelo pesquisador no campo que permite compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (MINAYO, 2010a).

Para a realização do estudo, utilizamos a combinação de duas técnicas: entrevistas semiestruturadas e observação participante, a seguir detalhadas.

4.2.2 Entrevistas semiestruturadas

Kandel (1972) chama de operacionalização na pesquisa um procedimento estratégico capaz de mediar a teoria e a empiria, a fim de acessar as informações de forma pertinente. Chama o movimento inverso de interpretação, que objetiva validar ou não uma hipótese sobre uma realidade. Segundo Gaskell (2008), a entrevista individual ou de profundidade consiste em uma conversação, na qual podemos considerar que “técnicas que tangem relações são, em si, relações sociais”.¹ (BOSI, 2010, informação verbal).

Minayo (2010a) ensina que as informações produzidas durante uma entrevista são reflexões do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia no estabelecimento da subjetividade que só podem ser acessadas com a contribuição do próprio sujeito. A técnica da entrevista é capaz de ultrapassar os níveis de respostas mais superficiais e de atingir as reações mais profundas e verdadeiras do sujeito interrogado (ROGERS, 1945 apud KANDEL, 1972). Kandel (1972) chama atenção para os processos de “ideologização” dos significados e necessidade de aprofundamento das entrevistas, com o objetivo de desvelar o profundo e compreender o contexto de conformação das opiniões.

Guy Michelat postula que, no campo ideológico, ‘o que é de ordem afetiva é mais profundo, mais significativo e mais determinante do que é intelectualizado’, no sentido de que as relações são mais estreitas com o “comportamento do indivíduo”. Talvez seja preciso nuançar essa ligação do ‘afetivo’ com o ‘profundo’ sob pena de perder um dos traços essenciais da ideologia. Com efeito, o que o sujeito apresenta na superfície em sua resposta à pergunta do entrevistador comporta aspectos afetivos tanto quanto cognitivos ou comportamentais, todos eles sendo aspectos fortemente estereotipados e racionalizados. [] Este nível ‘profundo’, invisível para o observador apressado, é aquele no qual se articulam precisamente o jogo das forças sociais que operam no indivíduo sem que este saiba, como ator social, e o jogo da subjetividade cuja parte consciente é apenas a emergência do cume do *iceberg*. (KENDEL, 1972, p.221)

A entrevista tem por objetivo descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, minimizando o máximo possível a imposição de estruturas e suposições do entrevistador sobre o relato do entrevistado (BRITTEN, 2009). A entrevista, como forma de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações da própria sociedade (MINAYO, 2010a). O pesquisador precisa manter-se aberto às diferenças de conceitos, opiniões e

¹ Informação coletada durante a aula da disciplina Metodologia Qualitativa na Investigação Social ministrada pela professora Maria Lúcia Magalhães Bosi, realizada no Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, em novembro de 2010.

experiências que surgirem neste percurso. Além disso, o pesquisador e/ou entrevistador devem está atento para as questões relativas ao universo linguístico do entrevistado e à polissemia de significados que determinados construtos expressam, de acordo com o sujeito que participa da entrevista (GASKELL, 2008; BRITTEN, 2009).

Para tal, Gaskell (2008) propõe uma fase de planejamento anterior ao campo, na qual duas questões fundamentais surgem: o que perguntar e para quem perguntar? Ai constituem os recortes iniciais de exploração sobre determinada temática. O autor denomina de tópico-guia, que consiste em uma sistematização flexível do que se pretende abordar durante as entrevistas. A imaginação social e científica do pesquisador, entretanto, deve estar sempre presente e sensível ao aparecimento de temas não explorados anteriormente pelo pesquisador, mas que confere significativas contribuições e compreensões à pesquisa.

Entendemos que a ordem dos assuntos tratados não obedece necessariamente uma sequência rígida e, sim, como assinala Minayo (2010a, p. 265), “é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto em pauta”. Durante a entrevista, o entrevistado pode ir apresentando espontaneamente seu pensamento e experiências, dentro do eixo principal expresso pelo pesquisador, garantindo que as questões pertinentes ao objeto sejam abordadas (TRIVIÑOS, 1994). Apesar dos roteiros de entrevistas pré-formulados, descritos nos Apêndices A e B, tentamos priorizar o máximo possível o estímulo às falas e condução própria do pensamento dos usuários e profissionais de saúde inseridos no estudo, permitindo que refletissem sobre o cotidiano do cuidado à criança, bem como acerca da tecnologia aqui avaliada.

Antes de iniciar a entrevista, explicamos aos participantes os objetivos e métodos que seriam utilizados na pesquisa. Garantimos a participação consciente e voluntária no estudo com a leitura, na íntegra, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL) (APÊNDICE C e D), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 / 96, que define critérios éticos para a pesquisa com seres humanos. Ademais, o TCLE nos assegura, na qualidade de pesquisador ou a comprovação de participação dos sujeitos no estudo, assim como a conscientização e transparência, aos participantes, de todo o protocolo de estudo. Deixamos clara a garantia do sigilo das informações e identidades dos participantes do estudo, bem como a livre decisão de participar e deixar a pesquisa ou a não publicação de suas falas.

As entrevistas ocorreram nas residências dos usuários e locais de trabalho dos profissionais, pois entendemos que o local de produção do discurso influencia na sua confiabilidade. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes. Os gravadores foram previamente testados, a fim de minimizar e prevenir possíveis intercorrências que pudessem atrapalhar o andamento da entrevista e perder o discurso produzido naquele momento, tendo a consciência de que o discurso jamais será manifestado da mesma maneira e com as mesmas intenções em outro momento.

Após aprovação inicial da sua participação no estudo, as entrevistas foram agendadas de acordo com a nossa disponibilidade e a do profissional, dando prioridade ao segundo. As entrevistas foram realizadas em horário mais conveniente que não atrapalhasse as consultas e as atividades nas unidades. Geralmente aconteciam no início da manhã, no horário do almoço ou no fim da tarde. Este fato, no entanto, não nos garantiu facilidade na realização das entrevistas, haja vista os imprevistos diários na rotina de atendimento das unidades de saúde, como reuniões extraordinárias, intercorrências de ordem pessoal e familiar e, comumente, uma demanda extra de atendimento que o profissional de saúde do PSF tem de abarcar no cotidiano das ações. Muitas vezes tivemos que adiar e remarcar as entrevistas, em razão destes imprevistos.

Outra questão de importante influência no andamento do campo foram duas greves profissionais, enfermeiros e dentistas, consecutivas, com assembleias e atos constantes que, além de retirar o profissional da unidade de saúde, os indisponibilizavam para as entrevistas. Ademais, as atividades de atendimento do PSF estavam suspensas em razão da greve, impedindo a observação das ações e atividades do serviço nos primeiros meses, entre maio e junho. Passada a greve, demos seguimento ao trabalho com os profissionais, contudo, neste intermeio, já iniciamos um contato com os usuários.

Com relação às usuárias, não houve maiores dificuldades na realização das entrevistas, na maioria. Após o contato do agendamento, sempre pegávamos o contato telefônico para, no dia anterior a realização da entrevista, confirmar e lembrar às usuárias acerca do compromisso. De modo geral, a receptividade das usuárias foi muito positiva e sem nenhuma recusa neste grupo para a participação na pesquisa, acrescentando que sempre se mostraram disponíveis e alegres com a nossa presença em sua residência. Vale destacar que, na qualidade de pesquisadora, a experiência do contato com estas usuárias nos proporcionou

um aprendizado interessante, levantando o questionamento do modo como representam a maternidade e que tipo de mãe a CSC produz.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas fidedignamente para a análise do material empírico. Gill (2008) ensina que uma boa transcrição deve ser um registro o mais bem detalhado possível do discurso a ser analisado, com o objetivo de não perder as características centrais da fala. Nas palavras de Jonathan Potter (1996, p. 136 apud GILL, 2008), “Muitas vezes, algumas das intuições analíticas mais iluminadas aparecem durante a transcrição, porque é necessário um engajamento profundo com o material para produzir uma boa transcrição”.

4.2.3 Observação sistemática

Além das entrevistas, utilizamos a observação como recurso complementar para acessar de modo mais abrangente o objeto de estudo. Compreendemos que esta técnica estará presente em todo o momento do estudo, haja vista a necessidade de confrontar o conhecimento com o campo empírico e o discurso com os comportamentos. De acordo com Pope e Mays (2009), a observação constitui técnica particularmente adequada para estudar a maneira como as organizações funcionam, os papéis desempenhados por diferentes equipes e a interação de equipes e usuários. Sendo assim, o método observacional baseia-se na atuação do pesquisador como instrumento de pesquisa e na documentação do mundo que ele observa.

Para tanto, além da observação atenta, lançamos mão do diário de campo, que consiste em anotações sistematizadas do investigador, realizadas dia por dia, daquilo que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Com este recurso, procuramos registrar impressões pessoais, que poderiam se modificar com o passar do tempo; conversas informais, confronto entre o comportamento e as falas dos sujeitos (MINAYO, 2010a).

Pope e Mays (2009) acrescentam que as anotações de campo devem fornecer relatos detalhados e altamente descritivos a respeito do que foi observado, uma cronologia dos eventos e uma descrição das pessoas envolvidas, sua conversa e seu comportamento. Além disso, o pesquisador deve documentar suas impressões, sentimentos e reações pessoais.

As anotações de campo alimentam um registro por escrito da observação, mas não apenas o material bruto; por si, fornecem explicações. O pesquisador deve filtrar, decodificar e atribuir um sentido aos dados para torná-los significativos. Esta análise é entrelaçada com a coleta de dados e a redação, quando o pesquisador está constantemente pensando sobre o que observou. As categorias emergentes ou as hipóteses tentativas sobre os dados podem ser testadas durante o trabalho de campo; mais casos ou exemplos (ou contradições) podem ser buscados (POPE e MAYS, 2009).

Tendo como referência a obra de Malinowisk (1978), Minayo (2010a) enfatiza o que deve ser observado em uma realidade empírica, determinada como: o conjunto de regras implícita de um grupo social, evidenciando a forma como são obedecidas ou não; os aspectos legais e íntimos que permeiam seus membros; tradições, costumes e significados atribuídos e as ideias e elaborações na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados ou evidenciados em gestos e atitudes por meio de suas categorias de pensamento. Para a autora, é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo. Em suas palavras (2010a, p. 297),

[...] no campo, assim como durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e seus sistemas de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica.

Foi realizada uma observação de como a Caderneta de Saúde da criança é trabalhada nos serviços de saúde durante o trabalho vivo em ato, sua utilização, os enfoques dados e as relações intercessoras estabelecidas ou não nestes momentos. Anteriormente, pensamos o seguinte: após as entrevistas, conversaremos com as usuárias acerca da possibilidade de acompanhar a consulta de rotina das suas respectivas crianças, observando comportamentos e impressões acerca das práticas.

Concedida a autorização, um dos momentos da observação será durante a consulta pediátrica enfatizando questões detalhadas no *check-list*, (Apêndice E). Outro fator a ser relatado, porém, diz respeito a algumas dificuldades em relação ao serviço de puericultura. Este serviço, contudo, encontra sérias dificuldades para sua implantação na rede básica aqui estudada, especialmente no cuidado longitudinal com as constantes faltas das usuárias. Assim, definimos por acompanhar alguns dias das consultas de puericultura e de pediatria dos

profissionais inseridos no estudo. Ao abordarmos o profissional, foi colocada esta etapa do estudo e todos autorizaram este momento durante a rotina do serviço de saúde.

A observação durante a consulta permitiu observar as reações, impressões e as práticas dos profissionais envolvidos no cuidado à criança. Ademais, a rotina do serviço em geral foi também objeto de observação, na tentativa de identificar o *modus operandi* e as racionalidades que sustentam essas práticas no seu contexto histórico, político e ideológico.

4.3 Análise

A análise/interpretação teve como foco principal a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado (GOMES, 2010). Para analisar o material coletado, utilizamos a Análise de Discurso, tradição interpretativa, fundada pelo filósofo francês Michel Pêcheux (1960), que parte de uma negação à ideia de que a linguagem é um meio neutro de refletir ou descrever o mundo. Desta forma, a maneira como compreendemos o mundo é histórica e culturalmente específica e relativa, estando entrelaçada aos processos sociais (GILL, 2008).

Segundo Orlandi (2003) e Mutti (2003), a AD não se limita a uma metodologia, é uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da Linguística, ao deslocar a noção de fala para o discurso, do Materialismo Histórico com a teoria da ideologia, e da Psicanálise com a noção de inconsciente e descentramento do sujeito. Assim, não trabalha apenas o conteúdo traduzido, mas o sentido produzido e constituído pela interação da: 1) ideologia – sistema de ideias que constitui a representação e se reflete no posicionamento do indivíduo na formação discursiva; 2) o contexto sócio-histórico; e 3) linguagem, que extrapola a materialidade do texto com o sentido que o sujeito pretende dar, mas incorpora sentidos pré-constituídos que são ecos da memória coletiva existentes antes do sujeito (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A língua não é transparente, homogênea e, como muitas vezes aparenta, possui um sentido único do enunciado, desta forma, permitindo leituras múltiplas. O sentido não é inerente à palavra, é um elemento simbólico, portanto, não é fechado, único e exato, caracterizado pela incompletude, e, por isso, o sentido pode escapar. Assim, o analista deve

buscar os efeitos dos sentidos e, para tanto, precisa sair do enunciado e chegar ao enunciável, mediante a interpretação do discurso marcado pela história e pela ideologia. Ao lançarmos mão da AD, não pretendemos nova descoberta, mas ensejar uma nova interpretação ou uma releitura, ressaltando como o discurso funciona, não tendo a pretensão do julgamento, mas de compreender os processos de formação dos sentidos e significados atribuídos às práticas e tecnologias aqui avaliadas (MUTTI, 2003; ORLANDI, 2003; CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na perspectiva de Orlandi (2004), a interpretação do discurso é um ato no nível simbólico ancorado na possibilidade, sendo o lugar próprio da ideologia e materializado pelos contextos sócio-históricos. Para a autora, deverá sempre existir uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso. Na interpretação, é importante lembrar, o analista é um intérprete, que faz uma leitura também discursiva, influenciada pelo seu afeto, posição, crenças, experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido

Para analisar os dados, adotamos os seguintes procedimentos metodológicos: após a transcrição das entrevistas, realizamos uma leitura inicial de todo o material coletado (entrevistas e observações) durante a pesquisa, para organizá-lo de modo a nos proporcionar um mapa horizontal das nossas descobertas em campo. Separamos as entrevistas dos profissionais e usuários, formando subconjuntos, visando a uma leitura que buscasse homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes. Em seguida, classificamos os dados segundo as recomendações de Minayo (2010a). Iniciamos com uma leitura flutuante dos textos por meio da leitura horizontal e exaustiva de cada entrevista e de todos os outros documentos, fase que nos permitiu produzir as primeiras impressões como pesquisadora; aqui já se iniciou a busca de coerência interna das informações em consonância com os objetivos e questões teórico-metodológicas discutidas no estudo.

Minayo (2010) alerta para o cuidado na análise do material, seus signos, sentidos e ideias gerais dos textos. Sugere, referenciada em Bakhtin (1986), algumas regras metodológicas: 1) não separar a ideologia da realidade material do signo; 2) não dissociar o signo das formas concretas de comunicação (entendendo-se que o signo faz parte de um sistema social organizado); 3) não dissociar a comunicação e sua base material em que ela se sustenta.

Neste momento, tentamos nos aproximar das estruturas de relevância, evidenciando as ideias que tentaram transmitir os profissionais de saúde e usuárias, bem como

os momentos-chave e suas posições sobre o tema em foco. Assim, foram constituídas as categorias empíricas, com o recorte de cada entrevista ou documento em unidades de sentido por temas ou estruturas de relevância. Com o objetivo de unificar o pensamento e obter uma leitura mais ampla e coerente dos nossos resultados, reunimos as categorias ou unidades de sentido semelhantes, com o objetivo de perceber as conexões entre elas e codificando-as de acordo com um sentido mais geral que elas propunham. Várias categorias surgiram no decorrer deste processo. Em seguida realizamos a segunda categorização, com a unificação das categorias visando enxugá-las, buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo pelo grupo estudado.

Segundo Gomes (2010), na interpretação, buscamos sentidos nas falas e ações para chegarmos a uma compreensão. Deste modo, tentou-se realizar uma análise final caracterizada por um movimento circular, que transitou do empírico para o teórico e vice-versa, onde, segundo Minayo (2010a, p.359) “dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se chama, parafraseando Marx (1973), ‘o concreto pensado’.”

Ainda nas palavras da autora,

[...] a pesquisa sobre concepções de saúde e doença deve apresentar aos leitores um quadro complexo de respostas voltadas para esclarecer a lógica interna de um grupo determinado sobre o tema em pauta, quando o pensa, quando fala dele, quando se relaciona e quando a partir dele se comporta, projeta e planeja sua vida. Pois como lembra Sartre (1978), as significações que vêm do ser humano e de seu projeto se inscrevem por toda parte, na ordem das coisas e nas relações mediadas pelas estruturas enquanto ação humana objetivada. (MINAYO, 2010a, p. 359).

4.4 Dos objetivos da avaliação e retorno institucional

Essa idéia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve. (NOVAES, 2000, p. 548).

Como revisamos anteriormente, a avaliação qualitativa não só pode ser utilizada para o julgamento e a inferência de juízo de valor sobre uma ação, programas, serviços ou tecnologias, mas, também, como ferramenta política, pretende a transformação da realidade, possivelmente conhecida por meio das percepções dos sujeitos que dela participam e a constituem. A compreensão dos processos, do universo simbólico e dos sentidos atribuídos a

estas ações, tange e direciona os processos avaliativos, pois explicita, na sua análise, sugestões de transformação da ação pretendida, não de forma certa ou errada, mas consoante com o universo de necessidades e relações que a comunidade apresenta para um serviço de saúde que a atende.

Entendemos que parte fundamental deste processo é a devolução dos resultados deste trabalho para a comunidade e o serviço estudado, com o intuito de fortalecê-los por meio de uma reorientação das práticas de forma consciente e “empoderamento” possibilitado pelo conhecimento dos limites e possibilidades das ações avaliadas, tendo como voz os reais agentes envolvidos. Pretendemos produzir um relatório e apresentá-lo para os coordenadores das secretarias executivas e unidades de saúde inseridas no estudo, bem como para os profissionais e usuárias. Assim, entendemos ser possível ensejar uma reflexão que estimule a prática avaliativa nos serviços capazes de tornar resolutivo e acessível o trabalho

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos capítulos que se seguem, discutiremos nossos achados e impressões do trabalho de campo, tendo como objetivo responder aos objetivos e perguntas que subsidiaram esta pesquisa. Aqui realizamos um movimento constante entre o plano das fundamentações teóricas e os achados da pesquisa, a fim de tentar nos aproximar da realidade estudada. Tendo em vista o que nos propomos, avaliar a nova Caderneta de Saúde da Criança com suporte nas experiências, compreensões e significados constituídos desta tecnologia, na Atenção Básica, no Município de Fortaleza-CE, sob a percepção de usuários e profissionais de saúde, iniciaremos esta apresentação, primeiramente, com uma discussão das observações realizadas e sua relação com a literatura, e, em seguida, apresentaremos o material que as entrevistas com profissionais e usuários nos proporcionaram.

A Hermenêutica dialética fundamenta seu caminho metodológico e interpretativo sob dois aspectos fundamentais: a análise e compreensão do cotidiano das ações, buscando o consenso, considerando a relação estabelecida entre o sujeito e objeto. Portanto, os movimentos interpretativos realizados serão iluminados perante o espaço do sujeito observador. Complementarmente, uma visão dialética, é o que faremos evidenciando as contradições e conflitos nos nossos achados, entendendo a sua inserção na totalidade, identificando as concepções ideológicas aí presentes e historicamente constituídas.

5.1. Material empírico de observação

5.1.1 O percurso da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde

A caderneta de saúde da criança é produzida pelo Ministério da Saúde como estratégia da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/ SAS/ MS) que elabora as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiando a sua implementação nos estados e municípios (BRASIL, 2012). De acordo com os dados disponíveis nos sistemas de informação de nascidos-vivos do Estado, é disponibilizado um determinado quantitativo que chega diretamente ao município. Em Fortaleza foram disponibilizados 30.000 exemplares da Caderneta de Saúde da Criança

segundo dados do SINASC. Ao chegar aos municípios, as cadernetas são distribuídas às secretarias regionais de saúde de acordo com a quantidade de nascimento das principais maternidades nas respectivas regionais e certo quantitativo para as unidades de saúde, onde são direcionadas para o setor de imunização. As cadernetas são distribuídas nas maternidades públicas e unidades de saúde para os usuários, conforme os nascimentos e imunização do recém-nascido nas unidades.

Conforme observamos nas visitas nas unidades havia, no entanto, uma defasagem da CSC nos locais estudados. Todas as unidades avaliadas não possuíam a nova versão ampliada do instrumento, no momento da realização da pesquisa. Foram utilizados como substitutos os cartões antigos e até os cartões-espelho usados pelos agentes de saúde. Houve caso em que a secretaria regional fotocopiou os cartões-espelho de acompanhamento dos ACS para distribuir para as usuárias.

Quando questionadas sobre este panorama, os profissionais afirmavam que, ao entrar em contato com o nível central, obtinham como resposta o esgotamento do estoque e imprevisão quanto à nova remessa pelo Ministério da Saúde. As unidades avaliadas referiram ter recebido no máximo duas remessas, sem registro de quantidade, durante o ano. Algumas não recebem a caderneta há quase um ano.

Destaca-se que o quantitativo de exemplares disponibilizados para a distribuição no Município é subestimado em relação ao número de nascidos vivos do ano, explicando o seu rápido esgotamento e o primeiro limite para seu acesso. Encontramos a primeira limitação com relação a CSC que é sua continuidade nos serviços de saúde, refletindo na falta de acesso, tanto dos profissionais como usuários, a esta tecnologia, uma vez que se propõe como coadjuvante nas ações de Promoção e prevenção em Saúde.

Como mostramos, a Promoção da Saúde pauta-se sob alguns aspectos teórico-conceituais e éticos, como a integralidade, a equidade no contexto das injustiças sociais, a participação social e a sustentabilidade das ações (WESTPHAL, 2010). Trazemos para análise dois princípios - a equidade e a sustentabilidade - especialmente com forte influência nos demais. Westphal e Ziglio (1999) conferem um duplo sentido à noção de sustentabilidade: “criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte” (WESTPHAL, p. 657, 2010), envolvendo os aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, intergeracionais e ambientais. Para os autores, a continuidade das políticas e ações de Promoção da Saúde assume fundamental importância, uma vez que, dentro da sua proposta, envolve fenômenos de natureza complexa e processos de transformações coletivas, com impacto a médio e longo prazos.

Poderíamos pensar, também, neste sentido, a sustentabilidade de uma ação em saúde ante a sua possibilidade de continuidade, como, no caso, a disponibilidade e uso da CSC, à medida que não consegue ter regularidade nem universalização do seu acesso. Desta forma, a sua proposta, no contexto da Promoção a Saúde, torna-se frágil para o acompanhamento do CD infantil e possibilidade de diálogo com a família. Não estamos querendo valorar uma tecnologia, afirmando que sem a caderneta estas ações não possam acontecer nos serviços de saúde. Se há, porém, uma proposta e um investimento no sentido de sua produção com intenção de viabilizar e facilitar as ações em saúde, valeria a pena sustentá-la.

A categoria equidade, como se trabalha na Saúde Coletiva e Promoção da Saúde, se confronta com as correntes de justiça liberal, trazendo para o centro das discussões uma percepção marxista de necessidade diferenciada. Como bem explica Whitehead (1990), o objetivo da política para avançar na direção de uma maior igualdade em saúde não é eliminar todas as diferenças em matéria de saúde, de modo que todo mundo tenha o mesmo nível ou qualidade de saúde, mas reduzir ou eliminar as que resultem de fatores que considerem evitáveis e injustos. Uma vez que não se consegue ter regularidade nas ações de distribuição e acesso a caderneta, muitas mães ficam à margem deste processo, especialmente aquelas que não conseguem chegar aos serviços de saúde, aprofundando, dessa forma, uma relação desigual.

Para Mendes (2002), dentre outros aspectos, a Promoção da Saúde exige uma análise do contexto de ação e identificação de grupos humanos em exclusão e, neste sentido, deve haver uma direção das políticas e ações de modo a discriminá-los positivamente.

Sem negligenciar a perspectiva do direito de acesso dos usuários aos serviços e à caderneta, objeto aqui estudado, poderíamos pensar que a caderneta poderia ser um veículo estratégico para usuárias mais vulneráveis, para as quais as ações pudessem ser estrategicamente e mais bem direcionadas. Nas unidades visitadas, não observamos nenhuma movimentação estratégica para se ampliar o acesso destas cadernetas quando ainda estavam disponíveis. Fora o intenso estímulo a imunização, frequentemente observado durante as reuniões das equipes e bastante presente nas ações dos agentes comunitários de saúde, não foi observada qualquer tentativa de melhorar a estratégia para a distribuição das cadernetas.

Esta análise, sob a perspectiva da Promoção da Saúde, não deve nos obscurecer quanto às práticas de prevenção. Tal como afirmam Boss (2002) e Westphal (2010), a prevenção pode caminhar junto na perspectiva da Promoção da Saúde com base em uma reorientação dos serviços. Como revisamos, a nova versão da caderneta aborda curvas de

crescimento recomendadas pela OMS (2006,2007) que substituem curvas do NCHS, presentes nos antigos cartões. As novas curvas aproximam-se mais de um padrão do que de uma referência, evidenciando aquilo que se consideraria como 'condições ideais' nas quais as crianças deveriam crescer. Evidencia-se, no entanto, é que, sob esta proposta da OMS, incluem-se alguns comportamentos específicos e consistentes com as recomendações atuais para a Promoção da Saúde, como, por exemplo, recomendações sobre o aleitamento materno, adequados cuidados pediátricos, ausência do tabagismo materno etc. (GRAZA; ONIS, 2004a).

Diferente das curvas do NCHS (1997), produzidas por um grupo restrito de crianças alimentadas artificialmente, as curvas da OMS apontam para um padrão de crescimento e, portanto, um padrão alimentar diferenciado (GRAZA; ONIS, 2004^a). Victora, Araújo e Onis (2007) apontam para possíveis erros no diagnóstico nutricional de crianças avaliadas com esta curva com o conseqüente erro no aconselhamento, como a orientação da inserção de fórmulas precocemente. Com a transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003), que vivemos atualmente e níveis crescentes de obesidade na população infantil (MONTEIRO, 1995; MONTEIRO; BENÍCIO; CONDE, 2000), é necessário o cuidado no aconselhamento, bem como o são as referências utilizadas no diagnóstico de saúde.

5.1.2 A aproximação com a realidade apresentada e observada

Como sugerido no nosso percurso metodológico, a observação sistemática de alguns aspectos subsidiou nossa visão em campo, com a finalidade de buscar entender o movimento real do serviço / ação de estudo. Cabe aqui uma breve descrição dos locais de estudo selecionados.

Como já expressamos, as seis unidades de saúde foram tomadas aleatoriamente com o único prerequisite de serem de regionais diferentes (I a VI). Desta forma, inevitavelmente, as unidades de saúde são provenientes de diversos riscos - baixo médio e alto - abrangendo problemas socio sanitários diversos. Para Vasconcelos (2006), o Município de Fortaleza continua com o crescimento urbano intenso, caracterizado pela verticalização e a ocupação de novos bairros. Observa-se grande desigualdade social, em que as classes pobres convivem com os estratos médios e a pequena riqueza, de modo ao mesmo tempo disperso e complementar.

No que se refere à saúde da criança, as unidades de saúde, de modo geral, desenvolvem as seguintes ações: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alternando consultas médicas e de enfermagem, vacinação, triagem neonatal, além de consultas médicas com generalista e pediatra.

Historicamente, a criança sempre foi prioridade nas políticas públicas de saúde. Mesmo nos períodos de crise, a atenção à criança tinha um caráter mais integral. Hoje, pensar a saúde da criança remete à análise de aspectos relacionados aos cuidados de saúde na sociedade contemporânea. No caso das políticas de atenção à criança, os serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos para a promoção, prevenção e proteção voltados para a criança e sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento (LIMA, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família surge como modelo de reorientação da assistência na saúde, a fim de universalizar a assistência e resolubilidade das ações (BRASIL, 2000). Segundo recomendações do MS, as equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Segundo dados oficiais (FORTALEZA, 2011), a cobertura do PSF ampliou-se significativamente durante quatro anos, crescendo de um percentual de 65,0% em 2006, para 77,2% em 2010, com uma variação positiva de 18,8% no Ceará. Jorge et al (2007) apontam avanços no processo de municipalização da saúde em todo o Estado, bem como a promoção da Estratégia de Saúde da Família como orientadora da reorganização de todo o sistema sanitário, e, como isso têm conduzido a um rápido crescimento do número de equipes.

É possível observar, no entanto, que ainda existe um déficit no quantitativo dos profissionais que integram o PSF, situação evidente nas unidades estudadas nas quais ainda coexiste o PACS ou EACS – Equipe de Agente Comunitário de Saúde. (Tabela 1). O que caracteriza atualmente o PACS é a falta do médico, sendo a equipe composta pelos agentes comunitários e enfermeiros, e, outras com cirurgião-dentista, especialmente naquelas em que havia um médico, mas se afastou. Com as visitas de observação e contato com os profissionais e suas práticas, quando sondados sobre este panorama, foi possível perceber que

os motivos que ensejaram esta realidade podem ser atribuídos à baixa contratação, pelo Município, do quantitativo de profissionais concursados, desistência e afastamento do profissional médico das equipes de PSF, sendo absorvidos por outros mercados, além da dificuldade na oferta do profissional médico habilitado na saúde da família.

Tab. 1 – Caracterização das unidades de saúde segundo a oferta de serviços e recursos humanos. Fortaleza. 2011.

Regional / Unidade	Nº equipes	Profissionais* PSF (N)	Especialistas (N)	Puericultura
A / SER I	3 PSF 2 EAC	3 Médicos 5 Enfermeiros	1 Pediatra	3 Enfermeiras
B / SER II	4 PSF 1 EAC	4 Enfermeiros 3 Médicos	4 Pediatras 1 Ginecologista 1 Cardiologista	-
C / SER III	2 PSF 1 EAC	2 Médicos 3 Enfermeiros	1 Pediatra 1 Ginecologista 1 Dermatologista	3 Enfermeiras
D / SER IV	2 PSF	2 Médicos 2 Enfermeiras	1 Pediatra 3 Clínicos Gerais 1 Ginecologista	2 Enfermeiras
E / SER V	5 PSF	5 Médicos 5 Enfermeiros		5 Enfermeiras 1 Médico
F / SER VI	4 PSF 1 EAC	4 Médicos 5 Enfermeiros	1 Pediatra 1 Ginecologista	5 Enfermeiras

*Profissionais: Médicos e Enfermeiros

Fonte: Pesquisa Direta

Estudo realizado por Gil (2005) ao analisar o perfil dos recursos humanos formados pelas especializações em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, como as Residências Multiprofissionais em Saúde, demonstrou que a categoria de enfermeiros foi a mais encontrada (58,5%), seguida pelos médicos (27,3%), pelos cirurgiões-dentistas (8,7%) e demais categorias que, juntas, representaram 5,5%. A autora questiona estes achados, uma vez que estas categorias são as que originalmente compõem as equipes de Saúde da Família. Esperava-se encontrar uma distribuição mais equilibrada entre enfermeiros e médicos. Para a autora, a menor presença dos médicos demonstra, mais uma vez, a dificuldade para atrair esta categoria ao campo da saúde pública.

São inegáveis, no entanto, alguns avanços na expansão do PSF com aumento da cobertura assistencial e do incremento de algumas ações programáticas produzidas pela implantação do PSF até então, dentre elas, a elevação da utilização do Cartão da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (de 53,1% para 98,3%) (FAVORETO, CAMARGO JR; 2002). No cenário apresentado, foi possível identificar três momentos em que a Caderneta de Saúde da Criança é rotineiramente utilizada nas unidades estudadas, de um modo geral: para identificação da criança e marcação de consultas; durante a consulta de puericultura, realizada especialmente pela Enfermagem e, de forma esporádica, em algumas consultas médicas(Unidades A, C e D) e na sala de imunização.

A caderneta é utilizada pelo serviço, primeiramente, como documento de identificação da criança para o serviço. Para as mães, denota uma parcela do acesso aos serviços de saúde, uma vez que é item indispensável para a marcação de consultas pediátrica e de puericultura. Com relação a esta rotina nas unidades, foi possível observar que há um padrão de funcionamento na maioria das unidades estudadas. Geralmente, os pais se deslocam muito cedo, por muitas vezes até na madrugada, para as unidades, a fim de garantir o acesso a uma senha que permite o usuário aguardar na fila grande demanda, gerada pela para a marcação da consulta pretendida.

Muitas vezes faltam ao trabalho, têm de se deslocar duas vezes no mesmo percurso para buscar as crianças para as consultas. Além disso, ainda contam com algumas intercorrências no sistema de marcação de consultas, agora informatizado, e que, por vezes, param seu funcionamento em decorrência de problemas técnicos. Quando isso acontece, o usuário tem que voltar outra vez, sob as mesmas condições, para marcar a consulta, de acordo com disponibilidade técnica do sistema.

A caderneta é utilizada também nas consultas de puericultura realizadas pelas enfermeiras e, raramente, nos atendimentos de alguns médicos para atenção infantil emergencial, nas unidades estudadas. Observamos que o profissional médico, ao fazer uso da caderneta, direcionava-se apenas aos registros antropométricos para avaliação do crescimento e estado nutricional da criança. Ressaltamos que esta ação não era socializada com a mãe presente ao ato da consulta. Tal fato pode ser, em parte, explicado com a organização dos serviços estudados, nos quais, com exceção de uma unidade, a puericultura é realizada somente pelos enfermeiros.

A puericultura constitui uma área da assistência infantil baseada numa perspectiva positiva de saúde com foco na Promoção da Saúde na infância, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de estratégias educativas junto à família e à comunidade. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações de saúde, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso (ZANOLLI; MERHY, 2001).

A realidade é, que no grupo de médicos estudados, geralmente, eles ficam à margem do processo de trabalho do PSF estabelecido nas unidades. Em todos os casos entrevistados e observados, o médico não consegue trabalhar segundo uma agenda de atendimento, como frequentemente é realizado por outros profissionais do Programa. Os atendimentos ainda são realizados por demanda livre e, de acordo com a especialidade do médico que compõe a equipe de PSF, alguns programas são seguidos como o atendimento pré-natal e de hipertensos e diabéticos.

Em razão da falta de profissionais médicos, aqueles que estão no serviço têm que conciliar uma demanda gerada por outras equipes e, por vezes, de outras comunidades. Em todas as unidades estudadas, observamos a existência do pediatra. Geralmente, eles são antigos profissionais da casa, antes da reorganização da assistência pela ESF nos locais. Possuem uma carga horária de 20h semanais na unidade e vinculam-se ao PSF pelos encaminhamentos que alguns profissionais realizam. Desta forma, o atendimento pediátrico, com a finalidade de desafogar mais o atendimento médico, fica restrito à enfermagem e o pediatra que absorve os atendimentos infantis não realizados pelo médico do PSF. Observamos, neste sentido, a coexistência de dois modelos de atenção nas unidades estudadas. Ademais, uma vez que alguns profissionais do PSF não conseguem cumprir uma

proposta de vigilância e promoção à saúde, o modelo do PSF que se propõe reorganizar a assistência também encontra sérias dificuldades para sua implementação.

O acompanhamento do CD é considerado o eixo central da atenção à criança (BRASIL, 2002). Sendo assim, a puericultura tem papel de destaque na promoção e prevenção da saúde infantil e faz parte do trabalho do PSF. Assim como em nosso estudo, Silva et al. (2009) observaram que em algumas unidades cabe ao enfermeiro a realização desta atividade, casos em que o médico participa apenas quando a criança está doente. Assim como em nosso estudo, os autores verificaram que nas unidades onde os médicos são pediatras há uma tendência de que a puericultura seja realizada por eles; no entanto, não na nossa realidade, não se podendo dizer que este atendimento se configura na proposta da puericultura, uma vez que é marcado e realizado em situações emergenciais quando a criança apresenta alguma enfermidade.

Ao avaliar a atenção básica em Fortaleza, sob a óptica de mães de criança menores de cinco anos, Lima (2009) chamou atenção para o número de consultas realizadas sem agendamento, em torno de 72,6 % do total. Na análise da autora e corroborando nossas observações, essa informação pode sugerir falha na rotina de acompanhamento das crianças. Para melhor sistematização do atendimento, os protocolos de atenção às crianças preconizam a realização de consultas sistemáticas na faixa etária menor de cinco anos, pela sua vulnerabilidade a doenças e agravos (BRASIL, 2002b).

Gil (2006) aponta para a dificuldade que os profissionais têm encontrado de se adequar a uma proposta de cuidado com suporte na concepção de saúde como produção social e complexa. Ante a gestão do sistema: lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência; alguns aspectos como a integralidade, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe têm dificuldades para se efetivarem.

Favoreto e Camargo Jr (2002) atribuem a este aspecto uma concepção pautada no modelo biomédico, racionalidade na qual o corpo é fragmentado e dicotomizado entre problemas da mente e do corpo, limitando-se à observação de lesões estruturais ou funcionais em um corpo físico ou no comportamento social, restringindo uma visão mais holística. Desta forma, a possibilidade de interagir dimensões de ordens distintas relacionadas à saúde humana torna-se intrinsecamente limitada; instrumentais utilizados nesse nível de intervenção permanecem restritos a um saber analítico, mecanicista e universalizante, como se caracteriza

o modelo biomédico. Há necessidade de repensar os saberes e práticas que estes profissionais virão a desenvolver em seu cotidiano para que o PSF seja realmente capaz de contribuir para a resolubilidade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS (FAVORETO; CAMARGO JR, 2002; CAMARGO JR, 2008).

Conforme observamos, quando utilizada pelos enfermeiros, a caderneta aparece, frequentemente, como um instrumento para o registro de informações quanto à imunização e ao crescimento e desenvolvimento infantil, com exceção das unidades A (SER I) e F (SER VI). Nessas unidades observadas, foi possível verificar uma posição dialógica com os usuários, na tentativa de elaborar projetos terapêuticos em consonância com a realidade vivida pelas usuárias. Nestas vivências, foi possível perceber a escuta e fala atentas, com ampliação do olhar para os estilos e condições de vida em que as usuárias e crianças vivem, bem como os sentimentos produzidos. A caderneta era utilizada como forma de mostrar à mãe possibilidades de cuidado com a criança. Os profissionais, juntamente com a mãe, exploravam as questões quanto ao desenvolvimento, recorriam aos recursos visuais que a caderneta possui para as conversas quanto a amamentação e alimentação infantil, ressaltando as questões de ordem afetiva.

É importante destacar, no entanto, o diálogo que se estabelece neste espaço intercessor, uma vez que as usuárias, inseridas no seu âmbito, algumas vezes, exprimiam suas dificuldades em relação às orientações dadas. Neste espaço, opções eram ensejadas, para que, ao mesmo tempo, não houvesse comprometimento da saúde da criança e abrangesse as possibilidades da mãe, buscando formas acessíveis e exequíveis para o cuidado. Apesar de ainda limitada esta prática, apontamos melhorias que as discussões do processo saúde-doença e as relações entre profissionais de saúde e usuários logram, de forma praxiológica, alcançar alguns profissionais e provocar mudanças, ainda que sutis, no modo de agir e processos de trabalho na saúde.

É importante ressaltar que, nas unidades citadas, onde a ação em saúde já se apresenta com algumas modificações no sentido da Promoção à Saúde, existe uma efetividade do serviço de puericultura com adesão das usuárias. Nessas unidades, durante as visitas nos dias de puericultura, os corredores que davam acesso aos consultórios estavam continuamente lotados com as mães e seus respectivos filhos. Observamos que sempre possuíam em mão a caderneta ou cartão, nas mais antigas, para a consulta, exigência de todas as unidades para realizar o atendimento. Durante a espera das consultas, elas conversavam, demonstravam

empolgação sobre a situação de saúde da criança quanto ao crescimento e desenvolvimento adequados de seus filhos. Era comum ouvirmos comentários do tipo:

“Ah eu adoro essa dotôra! Ela olha tudinho do meu bebê e disse que ele tá ótimo, mulher...”

“Eu sempre venho porque eu gosto de ver como o meu bebe tá e a dotôra sempre diz que é importante nós vim, que é pra o bebê num cair doente...”

(Diário de campo. Trecho da visita realizada na unidade A, no dia 20 de setembro de 2011, às 14h)

Por outro lado, alguns profissionais enfermeiros ainda se mostravam atrelados a uma prática assistencial mecanizada e biologicista, com certa dificuldade de extrapolar sua perspectiva para outras dimensões da vida humana e tentar, a partir do contexto e vivências dos usuários, estabelecer um projeto terapêutico e de aconselhamento acessíveis ao universo destes. Nestas experiências, foi comum o atendimento rápido, com consultas que duravam entre cinco e oito minutos. As abordagens se limitavam à avaliação do peso, crescimento e observação pelo profissional do desenvolvimento, alguns questionamentos sobre a alimentação e intercorrências no intervalo das consultas. Os profissionais realizavam as anotações na caderneta em seguida e a única manifestação de troca com o usuário é quanto a um diagnóstico patológico da criança avaliada.

Os usuários permaneciam sempre calados, atentos à prática profissional. Pareciam inertes na distância constituída pela supremacia do saber científico, representado pelo profissional, e sua aparente “ignorância” denotada pela “falta de cuidados” com a criança. A caderneta servia apenas como um registro de informação para a avaliação do profissional em relação ao estado de saúde da criança. Por vezes, eram proferidas algumas orientações, geralmente em relação à alimentação infantil. As orientações eram comumente repassadas de forma diretiva e imperativa: “A senhora deve...”; “A criança não pode comer...”, acompanhada de uma não abertura para as condições que estruturam a saúde da criança e, como esta mãe pode vislumbrar possibilidades, ante a sua situação, de desenvolver habilidades pessoais para o cuidado.

Sobre isso, Merhy (1998; 2000) acentuam que este tipo de processo de trabalho impacta no grau de ganho de autonomia dos usuários, uma vez que a finalidade última pela qual ele se realiza, esgota-se na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente, fato frequentemente vivenciado nas ações em saúde. Expressa que a clínica não deve se limitar ao diagnóstico, prognóstico e cura dos problemas

de saúde como uma disfunção meramente biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. Em adição, exprime que, como usuários, podemos ser operados, examinados etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos.

Na opinião do autor, qualquer abordagem assistencial é produzida por meio de um trabalho vivo em ato, onde são estabelecidas relações de atuação mútua, portanto, se opera um jogo de expectativas e produções. Neste processo, propõe uma abordagem usuário-centrada, desde uma intersubjetividade gerada pela acolhida das intenções do usuário nos momentos de falas, escutas e interpretações; pelos instantes de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado e pelos momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Em se tratando do uso da caderneta de saúde da criança, alguns estudos apontaram para uma subutilização do instrumento. Em Pernambuco, Ratis e Batista Filho (2004) mostraram que 13% de 1.669 crianças não tinham o registro do peso de nascimento no cartão. Vieira et al (2005), em Feira de Santana (Bahia), ao estudar 2.319 menores de um ano evidenciaram a ausência do registro do Apgar em 72% deles, falhas no registro do peso em 34% e falhas no registro dos marcos de desenvolvimento em 78%. Em Belém (Pará), Figueira et al (2004) observaram que apenas 12% das 560 criança estudadas possuíam registro completo das informações de nascimento. Santos et al (2000), e Teresópolis (Rio de Janeiro), ao pesquisar 329 menores de um ano, mostraram a ausência de registro de peso nos últimos três meses, em 30% dos cartões.

Todos os trabalhos apresentados apontam para sua subutilização, sugerindo pouca importância dada a esta prática, o que corrobora a prática de alguns profissionais observados, especialmente os médicos, salvo uma exceção. No nosso estudo, todos os enfermeiros, com exceção de um (unidade B), tinham a CSC na sua rotina de atendimento. Vale destacar, contudo, que os trabalhos, aqui discutidos, possuem abordagem quantitativa, que objetiva avaliar o seu uso por meio dos registros observados na caderneta, sem aprofundamento das questões e/ou razões para esta realidade. Ademais, não trazem à tona a perspectiva constituída acerca desta caderneta pelos agentes envolvidos no seu uso.

Em Fortaleza, Frota et al (2007, ao avaliar fatores relacionados ao acompanhamento antropométrico por profissionais de saúde da rede básica constataram que apesar da maioria dos profissionais envolvidos no cuidado à criança realizarem o registro no cartão, uma parte significativa deles, 40%, não orientavam a respeito das informações

contidas no instrumento, ressaltando aspectos organizacionais e estruturais como determinantes neste processo.

É importante, também, destacar que, além dos objetivos de marcação e realização das consultas e registro de imunização, a CSC é um instrumento / ponte com outros espaços. Em seu estudo, Goulart et al. (2005), já apontavam a importância da caderneta, à medida que sua proposta assume uma postura de vigilância com a saúde da criança, envolvendo a família, todos os profissionais da equipe de saúde e equipamentos sociais, como as creches e pré-escolas. Reportamo-nos à discussão da promoção da Saúde, na qual a perspectiva da integralidade e intersetorialidade é indispensáveis para se pensar as ações em saúde (BUSS, 2002).

No microcontexto e na microplótica das ações, uma ferramenta como a CSC, que poderia ser trabalhada em vários espaços, tem se restringido aos muros dos serviços de saúde, excluindo desta ação outros setores, como a educação, escolas e creches. Em se tratando da saúde da criança, que tem como um dos pilares o acompanhamento longitudinal do CD, é importante ressaltar que o CD, para se enquadrar na perspectiva da Promoção da Saúde, deve atender e ampliar o olhar para as múltiplas questões que constituem este processo. O processo de trabalho materializado deve incitar questionamento sociopolítico dos processos saúde-doença pelos usuários, bem como incitar um mecanismo de *empowerment* para a autonomia e transformação social (MERHY, 2007; BOSS, 2002; GOULART et al., 2005)

Para alguns autores (GOULART *et al.*, 2005), a caderneta tornou-se um importante veículo de Educação para a Saúde por possibilitar o envolvimento da família no monitoramento do crescimento. As práticas educativas, porém, com relação à saúde da criança, restringem-se ao momento da consulta, subestimando as práticas coletivas e, mais precisamente, direcionadas para a Educação em Saúde ou Educação Popular em Saúde.

Ao adentrarmos o campo das práticas de Educação em Saúde e, ante o que temos visto, é importante ressaltar que, hegemonicamente, estas práticas são usadas como importantes instrumentos de dominação e de responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida (ALBUQUERQUE, 2004). Com base, porém, em uma perspectiva reacionária e de superação, propõe-se outra visão capaz de reorientar as práticas de saúde, de modo que esta categoria deixe de ser apenas mais uma oferta contingente dos serviços para ser algo inerente às suas práticas, constituindo assim, a participação popular no seu cotidiano (VASCONCELOS, 1997; 2008).

Com relação à CSC, vale destacar e questionar o seu potencial como tecnologia para educação em saúde sob a perspectiva da Educação Popular em Saúde. Em nossa revisão trouxemos a análise de Lara (2009) acerca deste objeto, quanto às concepções do “projeto caderneta de saúde da criança”. Para a autora, esta tecnologia é, simultaneamente, atravessada por duas concepções dicotômicas. Em um via destaca-se a saúde pública, com suas práticas impositivas pautadas na educação sanitária prescritiva e práticas conservadoras. Noutra perspectiva, conforma-se, também, sob a proposta da saúde coletiva, uma vez que propõem um olhar integral para o cuidado da criança, ao abordar vários aspectos da vida, necessários para o objeto saúde como produção social.

Com base nas observações realizadas nos serviços, foi possível concordar com esta análise, uma vez que a caderneta, ao mesmo tempo que impõe regras de condutas comportamentos padronizados perante ao cuidado e projeto de saúde relacionados às crianças, e pressupõe uma abordagem diretiva e imperativa sobre os comportamentos, como visto nos moldes da educação sanitária. Esta proposta educativa, quando falida na prática, expressa em alguma alteração no processo de CD da criança, responsabiliza o usuário, uma vez que o instrumento já existe com todas as informações e as orientações já foram dadas pelos profissionais.

Como expresso por Carvalho (2004), dá-se ao usuário uma falsa noção de poder sobre sua saúde, o que pode ser ratificado sob abordagens no contexto conservador da Promoção à Saúde, utilizando-se do *empowerment* psicológico. Traz-se para esta discussão a presença das desigualdades e iniquidades sociais. Trabalha-se com a noção de diversidade e distribuição irregular dos recursos materiais e não materiais na sociedade. Sendo assim, projeta-se a noção de que existem grupos com diferentes limitações e possibilidades no “aprender com” como ferramenta de transformação e autonomia. Propõe-se um *empowerment* comunitário, uma visão mais “objetificada” da autonomização do indivíduo proposta por Merhy (1997), dando mais ênfase à necessidade de participação comunitária na organização sociopolítica para se alcançar mudanças e produzir efetividade no processo saúde-doença.

Em paralelo, a caderneta abre possibilidades de abordagens temáticas para se pensar saúde, desde a noção de direitos da família, os aspectos afetivos envolvidos no cuidado à criança, a violência doméstica, o desenvolvimento de habilidades pessoais com relação aos cuidados da criança, para seu desenvolvimento e crescimento na legitimação do seu direito. Deixa clara em seu conteúdo a necessidade de uma abordagem mais ampla do cuidado, bem como uma abertura ao diálogo entre os usuários e o serviço de saúde.

Não devemos, no entanto, cair numa visão essencialista, sob pena de considerar a caderneta como uma proposta dada. Ao contrário, pretendemos evidenciar é que, em concordância com autores como Merhy e Franco (2003) e Merhy (2007), na micropolítica do trabalho em saúde, uma ferramenta que se propõe dialogar com os diversos sujeitos, encontra com recursos humanos sensibilizados e capacitados nesta proposta, espaço para a elaboração de projetos terapêuticos exitosos (AYRES, 2004). Torna-se um elemento diferenciador a posição perante o entendimento da saúde como produção social, portanto, determinada pelas condições materiais, culturais e políticas; o arsenal tecnológico leve de que o serviço e seus integrantes dispõem para o processo de trabalho; como o profissional de saúde se percebe neste processo sob uma perspectiva ética e política das suas práticas e, com base nisso, as estratégias utilizadas para as ações em saúde, especialmente sob a perspectiva da Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde.

Favoreto e Camargo Jr (2002) colocam que o desenvolvimento da ESF e das ações que dela se espera, vão além dos arranjos políticos, formas de financiamentos e da gestão. Dentre várias questões de entrave para resolubilidade dos serviços de saúde, junto a ESF, os autores apontam o despreparo e a qualificação profissional insuficiente, deletando sua análise sobre o médico de família. Para a questão abordada, portanto, exige-se uma reorientação filosófica incorporada às práticas de saúde, evidenciando uma discussão sobre saberes e crenças para a produção de um campo de saberes e práticas baseados em novos enfoques da relação entre as intervenções individuais e coletivas, assim como os saberes clínico e epidemiológico no cotidiano das ações em saúde.

Com efeito, alguns autores, como Mendes (1996) e Buss (2002), propõem a ênfase na Promoção da Saúde como estratégia diferenciadora do PSF em relação ao modelo tradicional, dando prioridade à intervenção social pelos serviços de saúde. Esta atitude representa uma releitura do modelo assistencial com suporte em um novo paradigma que entende a saúde como uma produção social. Nesta proposta, o trabalho dos profissionais estaria referido, genericamente, à saúde e, não exclusivamente, à Medicina (MENDES, 1996).

Outro momento observado foi a prática da imunização em que a caderneta ou cartão é item indispensável. Auxilia no registro das vacinas, para controle do serviço e dos usuários. No Brasil, o Ministério da Saúde oferece gratuitamente um grande número de vacinas, distribuídas rotineiramente ou em campanhas, administradas e aprazadas conforme o calendário de vacinação para o primeiro ano de vida, de acordo com as normas do Programa Nacional de Imunização — PNI (BRASIL, 2003).

Estabelece, no entanto, que este momento deva servir de espaço para a informação e diálogo com os usuários e ser entendida pelo povo não nos moldes da obrigatoriedade, mas no sentido do direito e da necessidade. Para tal, deve-se estimular a participação popular nestas ações dentro da perspectiva da Promoção da Saúde.

Observamos que umas das ações mais enfatizadas nos serviços de saúde referente à atenção a criança é o estímulo a vacinação. A caderneta é utilizada para o controle do esquema vacinal de rotina da criança, pois possibilita o conhecimento das doses e dos lotes das vacinas aplicadas, o serviço de saúde e o trabalhador que realizou a vacinação e os próximos retornos vacinais (FIGUEIREDO, 2007).

Em investigação sobre a saúde infantil, Puccini et al. (2002) observaram que o serviço mais utilizado na unidade era a imunização (97,4%), seguido do acompanhamento de saúde (79,%). Em nosso estudo, foi comum as mães referirem uma cobrança do serviço em relação à vacinação associada ao porte da caderneta, sobretudo, pela limitada ênfase que muitos profissionais concedem a este instrumento

A importância que as vacinas têm na proteção à saúde e na prevenção de doenças é inquestionável, principalmente durante a infância. Ela é fundamental no primeiro ano de vida, e se configurando como uma medida determinante na redução do coeficiente de mortalidade infantil (SILVEIRA, 2007). Para Tesser (2006), esta é uma parcela nobre do saber da biomedicina, dados os seus investimentos ante doenças consideradas infecciosas, bem como algumas conquistas atribuídas ao desenvolvimento das vacinas.

Responsável por parte da legitimidade e do sucesso da Medicina científica no seu embate contra esse tipo de doença, essa parcela de saberes e práticas mostra-se, à primeira vista, ambígua quanto à sua contribuição para o crescimento da ação autônoma. Se, por um lado, esses saberes e suas tecnologias correlatas permitem a existência e a vida de muitas pessoas antes talvez condenadas a sofrimentos, sequelas ou mesmo morte precoce, por outra parte, eles remetem as pessoas à dependência estrita da instituição médica (via saúde pública), visto que ao cidadão fica atribuída apenas a submissão aos procedimentos tecnicamente determinados (TESSER, 2006).

Neste sentido, é preciso haver apoio e participação popular, expressando ser de enorme relevância que o encontro das famílias com o profissional de saúde na sala de vacina seja um encontro terapêutico, permeado da compreensão ampliada da tecnologia de cuidado à saúde. Com ênfase não apenas na aplicação de conhecimentos científicos, não é apenas um modo de fazer, mas voltada para a interação entre sujeitos (FIGUEIREDO, 2007).

5.2 Apresentação e discussão do material das entrevistas

Nosso estudo foi composto, fundamentalmente, por mulheres, com a participação de um homem junto à esposa no momento da entrevista. As mães do nosso estudo caracterizam-se por serem jovens, entre 19 e 41 anos, duas com experiência da maternidade ainda na adolescência e casadas (n=16). A maioria (n=12) estudou até o ensino médio e apenas sete usuárias têm alguma atividade profissional. Observamos um poder aquisitivo médio entre as usuárias; 11 mães têm uma renda mensal superior a um salário mínimo (Tabela 2).

Tab. 2 – Caracterização das usuárias (n=19) da rede pública, Atenção Básica, segundo dados socioeconômicos. Fortaleza. 2011.

UNIDADE / Código* Usuário	Idade	Instrução	Situação Conjugal	Filhos (n)	Renda	Ocupação	Plano de saúde
Unidade A / SER I							
U5I	24	En. Médio Incompleto	Divorciada	2	500,00	Atendente	Não
U6I	41	En. Médio Incompleto	Casada	2	2 SM	Empregada Doméstica	Não
U4I	31	Superior Completo	Divorciada	1	5.000,00	Contadora	Sim
Unidade B / SER II							
U2II	27	En.Médio Completo.	Casada	2	1 e ½ SM	Comerciante	Não
U3II	30	En.Médio Completo	Casada	1	1SM**	-	Não
U1II	21	En. Médio Completo.	Casada	1	1SM	-	Não
Unidade C / SER III							
U13III	30	Fundamental Incompleto	Casada	3	25,00/dia + BF***	-	Não
U14III	38	Superior Completo	Casada	2	1.200,00	Vendedora	

U16III	38	Fundamental Incompleto	Casada	2	BF+ 1SM	-	Não
U15III	29	En. Médio Incompleto	Casada	1	1.400,00	Doméstica	Sim
Unidade D / SER IV							
U12IV	35	En. Médio Incompleto	Casada	3	< 1SM	-	Não
U11IV	19	En. Médio Incompleto	Solteira	1	750,00	-	Não
U10IVMÃE	25	En. Médio Completo	Casada	1	350,00	-	Sim
U10IVPAI	25	En. Médio Completo	Casado	1	350,00	Açougueiro	Sim
Unidade E / SER V							
U8V	22	Fundamental Incompleto	Casada	2	800,00	-	Não
U7V	22	Fundamental Incompleto	Casada	1	700,00	-	Não
U9V	38	Analfabeta	Casada	5	860,00	-	Não
Unidade F / SER VI							
U17VI		En. Médio Completo	Casada	2	1.000,00	-	Sim
U18VI	19	En. Médio Incompleto	Casada	1	1.050,00	Babá	Não
U19VI	21	En. Médio Completo	Casada	1	1SM	-	Não

Fonte: Pesquisa Direta

*O código não obedece a ordem de numeração da tabela pois as entrevistas foram transcritas e codificadas conforme foram realizadas, por conseguinte mantivemos a codificação para garantir que não houvesse erro, com uma possível alteração nas falas.

**SM – Salário Mínimo

**BF - Bolsa Família.

Ao longo da última metade do século XX, o trabalho feminino tem se dado sob contradições: de um lado, a intensa e constante participação das mulheres no mercado de

trabalho e a conquista de bons postos e acesso a carreiras e profissões de prestígio por mulheres escolarizadas; de outro, o elevado desemprego e a má qualidade do emprego não só feminino, com predomínio de atividades precárias e informais (COSTA, 2008).

A literatura aponta que em famílias de camadas populares, os papéis estão previamente definidos em virtude de uma divisão sexual do trabalho e de relações hierárquicas entre homens e mulheres e entre pais e filhos. Assim, enquanto o homem é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar, à mulher cabe outra dimensão da autoridade, a de manter a unidade do grupo: *“ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar”*. (P. 64). A autoridade da mulher descansa na valorização de seu papel de mãe e em sua capacidade de administrar os recursos, muito mais do que no fato de ela ter um trabalho remunerado, o que é considerado atribuição masculina (BUSTAMANTE; TRAD, 2005). Scavone (2004) nos aponta que o fenômeno biológico da maternidade é constituído pela dinâmica de interesses políticos, econômicos, sociais e psicológicos.

As entrevistas realizadas com os sujeitos previamente apresentados ensejaram um material empírico organizado em categorias centrais, de acordo com os nossos objetivos e as categorias empíricas, constituídas dos discursos dos participantes (Tabela 3). O primeiro momento de contradição e eminente conflito surgem na própria conformação da amostra do estudo: usuárias e profissionais. Há de se considerar que abordamos sujeitos sociais diferentes com espaços e universos culturais e simbólicos diferenciados.

Para estudiosos da Antropologia Médica (UCHÔA; VIDAL, 1994; KLEIMAN; 1998), determinada realidade pode ter leituras/interpretações diferenciadas, de acordo com a variedade de modelos para explicar e reproduzir esta realidade. Desta forma, profissionais de saúde e a população leiga em geral, ainda que ocupem o mesmo contexto sociocultural, podem manifestar compreensão diferenciada acerca dos problemas, fenômenos mórbidos, dos modos de vida saudável, porque fazem uso de modelos explicativos diferentes.

Os profissionais de saúde formam subgrupo cultural, cujo sistema de referência, determinante das crenças, valores e comportamentos, seus conceitos e teorias, reflete a formação ou atuação destes nos serviços de saúde. De outro lado, o modelo explicativo popular é elaborado sobre a experiência concreta, com base em vivências das pessoas e experiências acumuladas por sofrerem dos fenômenos mórbidos (KLEIMAN, 1998).

Para Merhy (2007), a relação estabelecida entre o profissional de saúde e os usuários é eminentemente tensionada por campos diferenciados de saber. Campos e Campos

(2010) exprimem que as formas como as pessoas se relacionam com os outros e com o contexto, os valores nos quais acreditam, o que é aceito ou tolerado por um dado sujeito, em certa comunidade, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudanças e leituras sobre si e o mundo.

No que diz respeito às tecnologias educativas, a capacidade de compreensão está associada ao imaginário das pessoas e grupos. Desta forma, podem coexistir diferenciadas leituras, percepções e práticas a respeito dos processos saúde-doença e de tecnologias utilizadas em diversas populações-alvo. Sob esta reflexão, Oliveira et al. (2007) dizem que um determinado material educativo tanto pode facilitar como dificultar processos no âmbito da saúde.

A caderneta de saúde da criança pode assumir diferentes significados para profissionais e usuários do serviço de saúde. Somente se estas tecnologias estiverem totalmente integradas ao imaginário social é que atingirão sua finalidade, veiculando, por símbolos e signos, as mensagens que se quer passar para os grupos receptores. Pensando esses significados relacionados com o cuidado em saúde individual e coletiva, há que se ponderar acerca de várias questões e concepções que fundam as práticas em saúde (VALLA, 2000; KREUTZ; GAIVA; AZEVEDO, 2006). A seguir discutiremos as categorias apresentadas.

5.2.1 As vivências e significados constituídos pelos sujeitos com relação à Caderneta de Saúde da Criança

5.2.1.1 O universo dos usuários

Ao tentar identificar as vivências e significados dos profissionais e usuários sobre a CSC observamos que, com relação aos usuários, a CSC é incorporada a sua prática para o cuidado de seus filhos sob duas perspectivas principais:

5.2.1.1.1 Tecnologia de auxílio no cuidado à criança

De acordo com os discursos produzidos, notamos que o uso da caderneta está relacionado com algumas dúvidas geradas na maternidade com relação ao cuidado da criança, especialmente nos primeiros meses, período no qual as usuárias referem maior atenção ao documento. Depois deste período, contudo, esta prática se perde para algumas usuárias, utilizando-a apenas para tirar alguma dúvida esporádica em relação à saúde da criança.

Li só algumas (referente as orientações), li todas não.[...] É bom porque vai ensinando agente né, eu só tenho ela e fico sozinha com ela, aí eu acho é bom que é pra ler e aprender que eu num tenho quem me ajude aí eu passo o dia sozinha só com ela, o primeiro filho é difícil aí é bom que dá uma ajuda.[...] A parte de amamentação, eu li mais essa porque foi logo no comecinho quando eu tive ela, só a parte de amamentação mesmo pra ela. É porque foi logo no começo, logo quando eu amamentei ela [...] (U11).

[...] porque vem falando né muita coisa eu num sabia, [...] e fui vendo o desenvolver dele todo mês, eu tinha essa mania, por exemplo, quando ele completava quatro mês eu ia lá na cadernetinha e via o que o menino já fazia, se ele já aprendia a dizer mamãe, eu sempre tinha curiosidade né, mas num vi palavras complicadas, num vi dificuldades, é bom mesmo, é sempre bom ir lá ver. [...] ajuda a vida da gente, facilita e aqui aculé eu leio, não é sempre, só de vez em quando, quando eu tenho curiosidade, porque às vezes agente acaba esquecendo dela, mas ela tem muito valor. [...]Me ajudou em muitas áreas né, eu não sabia direito né ser mãe, a cuidar direito com a criança, aí eu aprendi mais. (U31).

Lá mesmo eu não li (na maternidade), não olhei não, mas quando cheguei em casa que fui ler aí gostei. Porque assim, tem muitos ensinamento nele que eu não sabia e que eu aprendi né, li[...] Olhava, aí ensina o passo a passo da criança, qual o mês que ela tá e se ela precisa fazer isso e se ela precisa daquilo, mas quer dizer, eu só li mesmo quando eu tava de resguardo depois eu não peguei mais pra ler. [...]eu só li assim os primeiro mês que a gente sempre tem curiosidade de saber os primeiro mês da criança[...] (U61).

Alves et al. (2009), ao estudarem a qualidade de preenchimento da CSC em Belo Horizonte, sob uma abordagem quantitativa, observaram que as consultas de puericultura eram mais frequentes no primeiro ano de vida, fato que permitia e justificava o maior contato dessas mães com a caderneta neste período. Neste tempo, as mães demonstram maior curiosidade e dúvidas com relação ao cuidado da criança, especialmente no seu desenvolvimento.

Nas falas, o “ensinar ser mãe” está muito presente. A caderneta configura-se como um manual em que as mães devem seguir na experiência da maternidade. Alguns autores (FIDALGO, 2003; MEYER, 2006) apontam existir uma “infinidade de investimentos discursivos” (MOREIRA; NARDI, 2010) com relação à maternidade. Moreira e Nardi (2008)

atribuem um processo de naturalização a algumas características do modo de ser mãe considerados ideais sob a constituição de instâncias culturais diferentes: políticas públicas, mídias e instâncias religiosas e, no cruzamento de variados discursos, em especial: o técnico-científico; o do direito (da mulher, da criança); o neoliberal e o da globalização (MEYER, 2006). Dai se constitui a 'igualdade materna', que além de ser um efeito discursivo, refere-se mais ao conjunto de exigências que são expressas para as mulheres enquanto mães do que a uma uniformidade no modo efetivo com que elas exercem a maternidade.

Neste sentido, a caderneta como um manual de orientações, instituída pela saúde pública, produz um modo de cuidar e de ser mãe. Tal aspecto parece conferir segurança às mães quanto ao cuidado dos seus filhos, ainda sob o discurso técnico-científico hegemônico, evidenciando os aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil.

A criança pequena depende do estabelecimento de reações afetivas mantidas pelos familiares ou por outras pessoas, para se estruturarem como sujeito e constituir identidades (VICTORA et al., 1988) e para que seu processo de crescimento e desenvolvimento se expresse positivamente. Ao mesmo tempo, que os cuidados preventivos, como o acompanhamento do CD, o controle de enfermidades, a orientação alimentar e a vacinação são particularmente relevantes nos primeiros anos de vida, destaca-se a qualidade deste cuidado, especialmente na relação estabelecida com o meio (BRASIL, 2002).

Algumas usuárias conseguem atribuir uma utilidade mais ampla à caderneta. Além dos cuidados que a caderneta pode indicar e a mãe se apropriar com relação ao CD da criança, conseguem imprimir uma perspectiva dialógica e de intercâmbio com o serviço e com a família. Apontam, além dos parâmetros crescimento e desenvolvimento biológico, outras questões que interferem neste processo, em um contexto psicossocial, como o afeto, o vínculo familiar e as relações aí estabelecidas. Desta forma, incita a chamar para o cuidado à criança a participação de outros familiares como a figura paterna.

[...] Olho se ela tá tendo um certo desenvolvimento que às vezes eu desconheço. Os próximos passos do crescimento e desenvolvimento da criança e aí tem aí eu vou, olho e vejo não, será que ela já tá fazendo isso? [...] Dá pra gente ir olhando e fazendo, acompanhando a rotina dela.[...] pelo que eu vi é um material bem completo né, faz acompanhamento não só das vacinas né mas, de todo crescimento e desenvolvimento da criança. Facilita o acompanhamento tanto na rede de saúde quanto até em outros locais, levando essa caderneta pra fora né, é... o profissional pode identificar todos os detalhes da saúde da criança. [...] é bem didático. [...] Até o manuseio é mais... do material, é melhor do que o cartão de vacinação que é mais fácil perder porque é só um papelzinho e tal. Até a forma física dele, por ser um livro, é mais fácil de você guardar, de você encontrar, de você manter. O cartão é

danado pra perder né, tu bota num dia num canto e no outro perde rapidinho. Essa não, até a maneira da apresentação do material é mais fácil.”(U4I).

[...] e até meu marido lê, ele gosta é muito de lê. Um dia desse ele reclamando pra mim, tu não viu não no cartão que a criança tem que brincar, que a criança tem que ter um lazer, porque eu não boto ela no chão porque ela é muito danada, deixa a menina brincar que no cartão vem dizendo que é bom pra menina ficar mais inteligente e não sei o que, até ele lê, ele gosta é muito de lê,[...] Porque explica muita coisa né e a gente parar pra ler tem muita coisa dizendo do nascimento até uma certa idade né[...] e é livro é melhor da gente guardar e tem mais atenção do que o outro como era né, o outro era só um pedacinho de papel e num instante se acaba e esse daí dura bem mais.(U7V).

[...] porque na proporção que a mãe for orientada a ta verificando como é que ta o seu filho no primeiro, no segundo, no desenvolvimento do filho aí ela passa a ter uma segurança maior do que ta acontecendo, ta a par da criança com o dia atual, ou seja, o conhecimento né da criança, [...]É o acompanhamento das fases da criança mas, explicando pra evitar frustrações no futuro, porque no desenvolvimento muitas pessoas pela ignorância até acha que não é importante o vínculo do pai, da mãe, da família e o entendimento, mesmo que ela não esteja falando, mas um simples fato de apontar, de olhar aí faz com que a gente entenda de que maneira pode ta convivendo e mostrando o melhor pra criança e a caderneta traz isso aí e é muito importante. Uma mãe que dá atenção, ou seja, a família que dá atenção pro filho e quer que seja uma criança saudável e se bem entender acompanhar a caderneta e o dia a dia ela traz muitas informações boas. (U14III).

Moreira e Nerdi (2010) ressaltam que o “tornar-se mãe”, desde um “ensinar ser mãe”, vincula-se a uma pedagogia do cuidado, representado pela necessidade de docilização, que é incitada nestas mulheres. Este discurso estimula as mães a continuamente demonstrar seus afetos e, essa demonstração, assim como a ligação afetiva que passam a ter com essas crianças, é entendida como a grande responsável pelo bom desenvolvimento infantil.

Apesar de os autores realizarem uma discussão tentando identificar as ideologias que condicionam determinados caminhos do pensamento e do comportamento destas mulheres, entendemos que, por outro lado, este discurso contribui na ampliação o olhar para o contexto psicossocial no desenvolvimento infantil e chamar o setor saúde – políticas públicas, instituições e profissionais - para causas como os acidentes, a violência doméstica contra crianças e adolescentes, bem como inferir responsabilidades ao setor, haja vista as representações nos padrões epidemiológicos de mortalidade e morbidade na infância e juventude.

Segundo dados oficiais (BRASIL, 2009), as causas externas (acidentes e violência) configuram séria questão de saúde pública, provocado a morte de mais de cinco mil crianças e cerca de 140 mil hospitalizações. Além disso, os efeitos dessas causas podem se perpetuar

durante a infância e a adolescência, de consequências até a idade adulta, pondo-se como desafios para os gestores e profissionais (BRASIL, 2010b).

Assim, a caderneta apresenta-se como potencial tecnológico capaz de abrir este diálogo com a família, exigindo arranjos de trabalho a partir do vínculo entre o profissional e a família no diálogo sobre a prevenção de acidentes. Conforme análise de Andrade (2011), o profissional pode conversar e orientar a mãe, principalmente a cada encontro nas consultas de puericultura, sobre a proteção contra acidentes, esclarecendo a respeito de formas seguras de explorar o ambiente, tendo como auxílio as informações da caderneta que se referem a esse tema.

Podemos perceber que a ampliação do conjunto de informações na caderneta configura-se como um aspecto positivo para estas mães. Tanto amplia como desperta o olhar delas para as várias dimensões do cuidado. O ser mãe também é algo que se pauta na vivência diária. Assim, o uso da caderneta dá-se em muitos casos frente à necessidade da mãe no momento, evidenciando como dúvidas freqüentes questões referentes à amamentação e alimentação infantil.

Eu gostei porque o outro cartão num explicava nada só tinha o local da vacina e algumas coisas de crescimento. Essa não, ajuda né a mãe como alimentar, como amamentar[...]porque agente que é mãe, principalmente pras mãe de primeira viagem né, num sabe, por exemplo, fala da rachadura dos seios, a mãe sofre muito, eu sofri muito né, e fala a maneira correta, como é... e ai explica né como você colocar a posição, explica como melhorar a posição do bebê pra poder ser melhor a refeição dele né e pra gente não sofrer tanto e nela explica. Na época não tinha lido, ai foi que eu procurei que tem que vê e colocar a boca no mamilo, pegar direitinho e também a posição dela, é importante.(U17VI).

A alimentação e nutrição têm seu espaço fecundo nas ações de promoção e prevenção à saúde, inclusive, constitui um campo específico nas políticas de Promoção à Saúde (BUSS; 2004; PNAN; 2004). A transição nutricional vivenciada no Brasil embute novos arranjos tecnológicos ante o enfrentamento de morbidades tão diferenciadas com profundas alterações epidemiológicas e diferentes direcionamentos políticos, com destaque para a população infantil nos últimos anos (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A evidência dada à amamentação e a alimentação infantil por nossas usuárias coaduna-se com o estudo de Fonseca et al (2009), em Minas Gerais, onde 70,8% das mães avaliadas possuíam alguma dúvida relativas à amamentação, complementação alimentar e seus cuidados. As orientações sobre o manejo da amamentação e os grupos de apoio à amamentação, conduzidos nas UBS, mostraram-se associados positivamente à prevalência do aleitamento materno exclusivo. Recomenda-se que essas ações sejam implementadas no

conjunto das UBS e que iniciativas que valorizem o aleitamento materno na atenção básica sejam estimuladas (PEREIRA, 2010).

Algumas estratégias, como o estímulo à amamentação e à alimentação saudável na infância, ocupam grande espaço no conteúdo CSC, neste quadro sanitário. São bem evidenciadas na literatura as contribuições e vantagens do aleitamento materno para mãe e filho (LANA; 2001). Machado (2008) revelou, em seu estudo com lactantes exclusivas, Fortaleza-CE que, apesar da importância que tanto a mídia, como os serviços de saúde têm na constituição da percepção destas mulheres sobre o aleitamento, estes significados são constituídos, sobretudo, no cotidiano, por meio das experiências familiares, influenciando na escolha e continuidade desta prática.

Os achados da autora sugerem ao nosso estudo que, para mais eficaz atuação do serviço, o conhecimento dos contextos de vida torna-se fundamental para se projetar junto ao conhecimento científico vigente uma ação educativa na perspectiva da Promoção e Educação em Saúde.

Além disso, a percepção da caderneta como um documento também surgiu em algumas falas, denotando a importância que esta assume para estas mães no contexto do direito da criança, parecendo conferir importância, à medida que existe um reconhecimento.

[...] o que me chamou mais atenção do livrinho foi aqui a identificação, os direitos... Porque tem muita coisa aqui que num tem no outro porque o de antigamente é só um cartão, ai era drobadinho, e essa não é um livro, ai vem explicando agente um monte de coisa que agente num sabe né. Ai tem tudo aqui, o acompanhamento do médico, tudo direitinho do filho da gente. (U16III).

O Ministério da Saúde recomenda que a caderneta seja incorporada na prática dos sujeitos como um documento/ histórico de saúde da criança. Segundo Lara (2009), a descrição “Passaporte para a cidadania” vincula a noção de direito às práticas na saúde. Nesta concepção, a caderneta é um documento que levaria a criança a se tornar cidadã. Como revisamos, a caderneta surge como reformulação do antigo cartão da criança e institucionalizou-se como documento que contém anotações básicas de saúde e identificação da criança, e permite sua circulação em todo o território dos países-membros. Para a autora, este aspecto remete à cidadania legitimada pelo acesso à saúde numa perspectiva da criança de direito; no entanto, a autora destaca, a partir de Deleuze, que a discussão de direitos humanos criou uma falsa ilusão de que todas as pessoas têm condições de participação e acesso aos processos.

Neste aspecto, o reconhecimento que algumas mães sugerem ao possuir a caderneta, é na prática, limitado, uma vez que o instrumento não assegura por si só o acesso e garantia dos seus direitos de fato, como o acesso a saúde. Tal fato pode ser pensado com base no fato de que muitos dos profissionais dos serviços de saúde não utilizam a caderneta como uma tecnologia de diálogo com os usuários. Podemos, no entanto, destacar, que, se por um lado não há essa evidencia da garantia dos direitos, a caderneta, ao abordar aspectos da cidadania e do direito, pode abrir espaço para o diálogo destes aspectos.

A apresentação em forma de livro com ampliação das informações foi algo muito presente nas falas das usuárias. Para este grupo, a forma de um livro tem valor simbólico estando associada à aquisição de um conhecimento, o de ser mãe, como colocamos, “o ensinar ser mãe”.

Pela grossura dela né, é tipo um livro, porque antes era só um cartãozinho e agora é tipo um livro (U3II).

[...] eu me interessei porque eu achei que era um livro e nem me disseram nada, disseram ta aí o cartão, aí eu comecei a ler e é um livro explicando tudo e a caderneta de vacina tudo junto, aí por isso que eu achei interessante também, mas lá não me disseram nada.”(U7V).

Mas é um livrinho mesmo, tem um monte de coisa falando, ai você começa a ler e quanto mais você lê, mais você se interessa em aprender. Tinha um monte de coisa que eu não sabia, brinquedo que eu podia dar, tem ensinando qual que é o brinquedo que você pode dar, qual a idade, essas coisas.(U15III).

Para as mães, este formato oferece uma segurança desde sua apresentação física com maior durabilidade, como segurança com relação a um saber científico instituído, hegemônico e verdadeiro, destacado em falas anteriores. Confere uma sensação de ser mãe dentro do esperado para que a criança possa crescer e desenvolver-se, nos passos corretos, “o passo a passo da criança”. Esta segurança, no entanto, deriva, também, da ampliação do conjunto de suas informações para o cuidado da criança, evidenciando aspectos da vivência cotidiana que dizem respeito ao cuidado infantil.

As mães relatam conseguir acessar as informações contidas na CSC. Elas comentam o conteúdo, dão seu juízo de valor sobre estes, no entanto, ainda que haja entendimento, não há garantia de que as informações contidas sejam seguidas.

Da pra entender, é bem explicadinha.[...] dá pra fazer bastante coisa, explica bastante coisa, da pra fazer o soro, fala dos primeiros dias do neném, fala do que ele precisa comer, vitaminas, esse tipo de coisa, fala bem, explica bem. Por exemplo, se o neném tiver uma diarreia que num tem o soro e ai é só olhar e tem uma partezinha pra fazer o sos, num sei se é uma colher de sal, de açúcar, um litro d’água, é só olhar que ensina. Já é uma ajuda né, e é melhor esse soro feito em casa que do posto, o médico mesmo disse. [...] é só ler, para e ler, porque não é difícil não.(U2II).

As instruções dela são bem claras, qualquer pessoa que lê dá pra entender, creio que dá pra entender o que ela tá explicando. [...] Assim, ela é assim como se você tivesse um pediatra em casa, quando você precisa é só recorrer nela, que tem instruções que é muito útil que você pode se basear por ela. Ela ajuda muito na criação, na maneira de criar o filho, a cuidar. [...] Ah só de falar que acompanha sempre, levar ao médico; as campanhas de vacina, explica detalhadamente, a maneira da alimentação, principalmente nos primeiros dias de vida tem tudinho registrado e que agente tá... Algumas outras coisas que eu não consegui ler ainda. (U10VPAI).

“Assim porque ensina muitas coisas, eu aprendi com ela um mucado de coisas tanto da amamentação como cuidar da criança, essas coisas, principalmente da amamentação que eu achei mais interessante, na época eu tava dando de mamar pro meu filho e aí eu aprendi um monte de coisa com ele. [...] ela me ensinou tantas coisas em relação a ele que eu aprendi, que eu num sabia de jeito nenhum. Eu aprendi uma coisa da alimentação que era o negócio de trocar de seio diretamente e quando agente tá dando por um, o outro vai enchendo e aí tem que trocar eu num sabia de jeito nenhum e o meu peito tava até ficando um maior do que o outro, aí eu aprendi e resevei e pronto. Foi a parte da amamentação que me chamou mais atenção exatamente.”(U11).

Grippo e Fracoli (2008), ao avaliarem um instrumento educativo local direcionado para o mesmo público em São Paulo, observaram boa aceitação e compreensão por parte das mães. Conforme os autores, os estudos evidenciam a necessidade de materiais educativos para o trabalho em saúde na perspectiva da Promoção da Saúde por meio da proposta da autonomia. Estudos comprovam que as propostas que partem de uma visão mais holística, com origem na amplitude dos conteúdos técnicos abordados e evocando setores da sociedade e a participação popular, são mais bem aceitos e mais eficazes com a comunidade. Exigem, porém, novos arranjos tecnológicos no agir em saúde, como as tecnologia leves do cuidado (MERHY, 1998; GRIPPO; FRACOLI, 2008; FRACOLI; CHIESA, 2010).

Apesar de a maioria das mães conseguir acessar as informações no plano do entendimento, o que ficou bem claro ao falar da caderneta da sua estrutura, sua função, emitir opiniões e etc, outras mães revelam dificuldades. Fracoli e Chiesa (2010) evidenciam que os instrumentos a serem utilizados para o trabalho junto às famílias precisam possuir linguagem simples e ser de fácil compreensão, inclusive utilizando outros meios de comunicação como fotos, gravuras etc.

Não, eu abro e olho, mas eu num entendo nada, os gráficos e um monte de numerozinho lá que eu num entendi ainda. [...] compreender, eu num compreendo muito não, porque isso num acontece não é só com a caderneta é com qualquer coisa que eu leio num sou muito de ler e entender, é preciso alguém me explicar assim bem devagar. Eu leio todinha, eu sei ler bem direitinho, mas quando eu termino, eu num entendi nada. [risos].(U1II).

Porque tem muitas delas que é assim, muitas delas ler, mas não entende porque tem muitas coisa aí que a gente ler e se não prestar bem atenção não sabe o que é não. Porque tem palavra assim que a gente só entende mesmo se já viu falar nessas coisa

né aí vai e entende, mas quem nunca viu. Eu conheço mãe que nunca viu, coisa aí dentro que elas nunca viram.[...] É no dia que eu tava lendo eu vi assim umas palavrinha assim, mas só que eu não me lembro mais não, palavra que tem muita mãe que não sabe o que é, porque assim é uma palavra que puxa outra né e aí tem mãe que não sabe o que é e com certeza ela tem dúvida disso aí.”(U6I).

Sei lá(risos). Tem gente que num entende muito as cosias. Assim, alguma palavra, assim alguma palavra NE, que você não entende direito. Pode ser alguma palavra lá dita pelo médico, que a língua do médico é diferente da língua da população, tem coisa que ele fala assim que você fica assim: Ahn? Você fica nadando, num sabe não. Deve ser uma coisa assim que muita gente entenda NE. .(U15III).

Apesar de a caderneta ser uma tecnologia de auxílio para as mães e tentar estabelecer um diálogo com os usuários - e para isso tenha desenvolvido uma parte específica para esta população, sendo recomendada pelo MS (2009) como de apropriação da família - algumas usuárias referem dificuldades no linguajar, termos técnicos que apareçam e especialmente na parte gráfica para acompanhamento do crescimento.

[...] só tem essa parte do médico que é mais de preenchimento que é mais complicada, tem aquela parte de gráfico, de crescimento... Olha, a linguagem eu achei que dá pra entender porque num tá difícil [...] Acho que o gráfico só com orientação pra gente entender.(U17VI).

Conforme observamos, em nosso estudo houve a presença de duas usuárias analfabetas. Grippo e Fracolli (2008) em seu estudo encontraram pouca assistência ou atenção do serviço com relação ao material educativo para esta população, sob a justificativa de não ter funcionalidade neste grupo. A CSC, assim como material educativo informativo sob a leitura, limita seu raio de ação com a população analfabeta. Para Silva e Formigli (1994) e Grippo e Fracoli (2008), contudo, há a necessidade de priorizar e ampliar as oportunidades de educação para mulheres e mães, já que a escolaridade materna, comprovadamente, está associada ao conhecimento que essas mães possuem sobre desenvolvimento infantil.

Curiosidade eu tive, mas só que eu não sei ler né, mas é mesmo que nada. [...] A dúvida eu sinto né pra saber pra que é né [...] Porque as mãe também tem que se interessar o que é que tem escrito no cartão, pra saber como é e como não é, mas eu não sei ler. Esse cartão é de aplicar vacina e ter cuidado nele.[...] Ele é cheio de desenho na capa, por dentro e aqueles outro não.[...] é usado pra vacina né, quando for consultar ele levar né pra elas ver né se ele tomou as vacina direitinho.(U9V).

Para os autores, o conhecimento acerca dos aspectos do cuidado infantil tem impacto importante sobre os processos de desenvolvimento. Com a premissa de que a promoção da saúde tem como finalidade a conquista da cidadania da população, a caderneta poderia funcionar como um estímulo para que a cuidadora analfabeta procurasse se alfabetizar e assim melhorariam as condições de saúde da criança e da família.

Ademais, este panorama evoca uma discussão quanto à participação do setor saúde neste processo, especialmente dos profissionais. Ressaltamos que maiores investigações e questionamento devam incidir sobre a atuação do serviço em relação à CSC, uma vez que existem contextos diferenciados com limites e possibilidades distintos para uma prática. Desta forma, para a população analfabeta, a participação do profissional de saúde sobre as práticas de Educação em Saúde devem ser mais incisivas e diferenciadas.

Os resultados que apontam a existência de dificuldades no acesso de parte da população às informações ratificam a necessidade de que estas tecnologias educacionais sejam utilizadas junto com o profissional sob pena de perder seu valor junto à comunidade.

Muitos materiais voltados para a saúde são produzidos todos os anos, sem que, no entanto, sejam observadas mudanças profundas na realidade (FRACOLI; CHIESA, 2010). Alguns estudos comprovam que estes materiais (cartazes, cartilhas, *folders*), sozinhos, não trazem a solução dos problemas. É preciso que esses materiais didáticos e informativos em saúde sejam incorporados como materiais de apoio e como pontos de partida para o desenvolvimento de um trabalho baseado em encontros eficazes entre profissionais de saúde e população, com a finalidade de debater os problemas levantados e encontrar soluções (FONSECA et al, 2003; VASCONCELOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003; OLIVEIRA et al., 2007; FRACOLI; CHIESA, 2010; ZAMBINI; PELUCIONI, 2011).

Trazemos para esta análise a questão da autonomia e do *empowerment* comunitário, mesclando, convenientemente, contribuições de autores como Merhy (1998); Campos e Campos (2010) e Carvalho (2004). Sob o aspecto anteriormente ressaltado, produz-se um cuidado que objetiva proporcionar um ambiente adequado para que a criança possa crescer e se desenvolve na sua conformação biopsicossocial, em toda sua potencialidade e na legitimação dos seus direitos.

Em momento anterior das nossas observações, ressaltamos a questão do poder expressa por Carvalho (2004) quanto á falsa noção de poder que ações assim podem impor, situada na autonomia dos indivíduos, em que as pessoas, uma vez informadas, teriam a habilidade de realizar as melhores escolhas. Neste sentido, traz para a análise a categoria liberdade, que se coaduna com a possibilidade de escolha. Diz que nem sempre os indivíduos vão ter de fato este poder, porquanto as escolhas e até as necessidades são socialmente constituídas e direcionadas, sendo interceptadas pelos contextos políticos, econômicos, culturais etc.

Não se pretende negar a contribuição que tecnologias como a CSC tem no processo de autonomia e, muito menos, desvalorizar o conhecimento científico que embasa suas orientações. Ademais, é notável no discurso das mães o fato de que a caderneta serve como tecnologia de auxílio no cuidado com seus filhos, ajudando na constituição de uma fase de intensas transformações e dúvidas da mulher, a maternidade. Além disso, não podemos negligenciar sua contribuição ao evidenciar e propor ações necessárias no campo afetivo das relações como a violência doméstica, o vínculo familiar, os direitos aos serviços de saúde, expressos nas falas das usuárias. Aceitamos sim que é um caminho para o conhecimento que tem auxiliado as mães, ainda que de forma paliativa, as mães.

Com base nos autores estudados, pretendemos lançar nossa reflexão além, à medida que percebemos o campo da nova Promoção da Saúde (CARVALHO, 2004) propício para se pensar tecnologias e arranjos tecnológicos no agir em saúde que contribuam para transformações mais significativas das condições de saúde da população, de modo que elas sejam permanentes e conscientes.

Pegaremos como exemplo um tópico da CSC: “Evitando a Diarreia e Desidratação”. Nesta seção, há medidas preventivas em relação à diarreia e desidratação, como a amamentação exclusiva até os seis meses; higiene das mãos, dos alimentos e de utensílios. Em seguida, caso a criança já tenha desenvolvido diarreia e desidratação, orienta como identificá-las e tratá-las, o soro caseiro, sem necessariamente ir ao posto de saúde, bem como observar sua evolução.

Uma proposta emancipadora deve estimular na coletividade o processo de ampliação do poder, a valorização das suas potencialidades na de tomada de decisão política para o enfrentamento dos problemas (BUSS, 2002; CZERINA, 2003; FREITAS, 2010; AKERMAN; MENDES; BORGUS, 2004). Em nosso estudo, foi comum em bairros mais carentes, com estrutura social limitada, foi comum as mães fazerem referência à coloração das fezes e ao soro caseiro para tratamento da diarreia. No exemplo dado, a caderneta, além de explanar sobre as formas de prevenção e tratamento, haja vista os casos ainda existentes de diarreia no Brasil, especialmente no Nordeste, poderia ser repensada e/ou trabalhada no microcontexto de forma a facilitar a população a perceber que o acesso a direitos fundamentais como o saneamento, a educação diminui o risco de exposição aos patógenos e a vulnerabilidade da população; neste sentido, despertar além de mecanismos de solidariedade e

de autoestima para se perceber neste processo, incitar a participação e mobilização popular para a transformação da realidade, como a legitimação de um direito básico: o saneamento.

5.2.1.1.2 Registro de imunizações

Outra percepção observada foi a caderneta como uma tecnologia que se limita ao registro das imunizações. Esta concepção restringe o uso do material como instrumento de apoio para o usuário quanto aos outros aspectos da saúde infantil, ressaltados por outras usuárias no estudo. Observamos que esta concepção foi mais presente nas usuárias com um nível de escolaridade mais baixo.

AHA (RISOS) Eu nem li ainda toda (ri novamente). [...] Eu li só da vacina, da parte da vacina. [...] Sinceridade eu num acho interessante não, eu num vô mentir. Eu lei e me preocupo, quer dizer eu me preocupava antes né, eu lia e tudo. Agora, depois desse negócio com o pai dela eu fico só resolvendo as coisa dela, porque se eu não tiver em cima... A cabeça fica só em cima desse negócio, enquanto eu não resolver. (U5I).

[...] eu num li tudo, do leite eu consegui, é fácil pra quem tem estudo. [...] não faço a mínima idéia. Eu nem ligo pra essas coisas. [...] porque o importante mesmo é só a vacinação dela, que antigamente nem tinha essas coisa sé, nem tinha esse livro, era só um cartãozinho[...] Ah pra saúde da criança né, tem vacina pra num gripar, pra num pegar doença, vários tipos de vacina. Eu nem sei dessas orientações porque eu nem li ainda. (U18VI).

Estudos quantitativos já apontavam uma associação entre a baixa escolaridade materna e a subutilização da caderneta de saúde da criança, no entanto, os autores já chamavam atenção para a necessidade de repensar a organização dos serviços e a valorização da caderneta como instrumento de vigilância, especialmente nos grupos de maior vulnerabilidade social (VIEIRA et al., 2005; ALVES et al., 2009).

Em consonância, Lima (2009) evidenciou em seu estudo que a imunização ainda é o principal motivo de procura do serviço de saúde, e que a puericultura, eixo central do atendimento à criança, não tem sido sistematicamente incorporada no acompanhamento das crianças, tanto no seu aspecto qualitativo, como na sua execução por todos os profissionais responsáveis no Município de Fortaleza. Figueiredo (2011), ao estudar experiências de famílias com a vacinação, observou que uma das concepções apontadas pelos sujeitos foi a prevenção quanto à doença e à noção de responsabilidade e obrigatoriedade por parte deles. Revelou, ainda, que sempre que as famílias se referiam à prática da imunização, associavam-na ao cartão de vacinação, atualmente a caderneta de saúde da criança.

Dentre outros, uma das funções da caderneta é o controle do esquema vacinal tanto pela família quanto pelo serviço (BRASIL, 2009). No estudo da autora, o cartão surgiu como instrumento de lembrança dos retornos vacinais, mas, também, como garantia dos direitos à imunização nos serviços. Para a autora, as informações contidas no cartão inferem responsabilidade e compromisso dos pais quanto aos cuidados com a vacinação. Outros estudos já apontaram essa relação da responsabilização dos pais vinculada à posse do cartão (SULLIVAN et al., 1998; SZILAGYI et al., 1997).

No nosso estudo, a percepção da caderneta apenas como um instrumento limitado para registro de imunizações sugere que estas usuárias, talvez, não confirmam importância a outros aspectos da saúde infantil, tidos por elas como não importantes. Os relatos revelam uma influência das questões socioafetivas sobre o interesse nas ações em saúde, bem como a forte presença de uma percepção cultural e naturalizada do pensamento biomédico.

Oliveira et al (2007) observaram que muitos usuários acessavam e tinham alguma identificação com os materiais educativos sobre DST, no entanto, alguns não imprimiam nenhum valor para o uso dos materiais, julgando-os não importantes, estando estes achados associados ao componente afetivo. Corroboramos com a idéia de Uchôa e Vidal (1994), ao afirmarem que os fatores culturais exercem influência no sucesso ou insucesso das intervenções profiláticas e terapêuticas na área de saúde.

A percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico. (UCHÔA; VIDAL, p. 501).

A informação, quando é mental ou afetivamente classificada como desconfortável ao indivíduo receptor, tende a ser ignorada; ao contrário, quando é havida como agradável, ela tende a ser incorporada. Reportando-se ao referencial do modelo explicativo popular, são esses processos que governam a percepção, rotulação, explicação e valorização de quem experimenta o desconforto psicológico – processo imbuído de complicados nexos familiares, sociais e culturais (UCHÔA et al., 1994; OLIVEIRA et al., 2007).

Estudos apontam a necessidade de que, nas campanhas de saúde que focam temas e população específicas, seja considerado o fato de que sua efetividade depende da extensão em que a população aceita e participa desse programa. Essa ponderação passa pela necessidade de conhecimento prévio dos modos particulares de pensar e agir da população

relativamente à saúde, cabendo aos profissionais a habilidade de integração desse conhecimento (OLIVEIRA et al., 2007).

Paralelo a isso, na história do pensamento ocidental, apesar de haver sempre uma vinculação entre condições de vida e saúde, com a hegemonia da perspectiva biomédica, reduziu-se o conceito de saúde à ausência de doença. Tanto que se poderia afirmar que, no imaginário coletivo, em nossa sociedade, quando se fala de atenção à saúde, na verdade, significa atenção à doença. Quando se fala de reforma da saúde, na verdade é reforma dos serviços de atenção à doença (SERRANO, 2003).

A análise de alguns autores como Nogueira (2003) e Tesser (2006) exprimem este fenômeno como uma iatrogenia cultural da Medicina, uma perspectiva biomédica e “medicalizante” da sociedade. Para estes autores, há um processo de “medicalização” cultural que extrapola o setor saúde, atingindo as camadas sociais em uma naturalização deste saber. Este eixo teórico incide sobre as práticas e ideia de Promoção a Saúde, na medida em que define o que este usuário entende por saúde e o que ele busca do serviço. Esta concepção está clara em algumas falas dos próprios usuários

[...] essa ai (refere a unidade de saúde) eu vou mais só quando ele ta com alguma coisa mesmo, quando eu vejo que ele ta com febre, gripadinho ai eu vou.(U3II).

[...] ai eu levo mais na consulta assim, quando eles tão doentinho, alguma coisa, ai eles vão e passam o medicamento [...](U12V).

Não, né sempre que eu vo não. Né sempre que eu vo não, no médico sempre vo não, so de premera mesmo quando vou dá a vacina, só. [...] Porque a Dr. tava me falando, a enfermeira Raimunda porque eu me acordo tarde ai eu me esqueço de levar ela. [...] sei lá, eu num vou muito não, nem me lembro, a enfermeira ate marcou de novo mas eu não me acordei.(U13III).

Esta percepção de alguns com relação à caderneta é circunscrita à medicalização social como um conjunto de práticas que culminam na supervalorização medicamentosa na sociedade. Dentre elas, a supervalorização e busca social de atividades curativas nos serviços de saúde, com a conseqüente desvalorização de ações e pensamentos no campo da Promoção da Saúde. Dantas denomina “processo de tecnificação da vida”, em que os indivíduos se encontram dominados pelo instrumental e pelo funcional.

Para Tesser (2006), as imunizações são responsáveis por parte da legitimidade e do sucesso da medicina científica. Supõe-se, pela Biociência, o benefício das imunizações, e não se discute com as mães usuárias do SUS sobre se devem ou não vacinar seus filhos, senão quando da rebeldia de algumas, para enquadrá-las. Nesse sentido, o saber biomédico em nada

fomenta a autonomia dos sujeitos, pois todo poder, saber e capacidade de decisão estão alheios a eles. Aos cidadãos, cabe apenas anuir o que lhes é prescrito, ou, às vezes, imposto.

Oliveira e Silva (2010), em seu estudo sobre representação social do SUS, apresenta como característica central uma dimensão biomédica, reforçada pela expectativa de “medicalização” da atenção à saúde, o que decorre provavelmente da experiência dos usuários com uma estrutura assistencial hospitalocêntrica e “medicocêntrica”, historicamente predominante no setor saúde brasileiro

Esses termos reforçam a centralidade de uma concepção do SUS com arrima no modelo de atenção biomédica, expressando uma percepção conservadora do sistema de saúde. O SUS completou duas décadas de existência e, apesar das mudanças impressas nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no País, o caráter conservador, comumente, se expressa no senso comum, devido talvez a “baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde”. (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

5.2.1.2 O universo dos profissionais de saúde

5.2.1.2.1 O saber e o fazer: interfaces limitadas

Conforme nossas observações, foi possível visualizar práticas diferenciadas entre os médicos e enfermeiros, tanto com relação à saúde da criança como com a caderneta de saúde da criança.

O discurso produzido pelos profissionais enfermeiros nos revelou existir uma percepção da caderneta como tecnologia que possa estimular uma posição dialógica entre o serviço e os usuários. Na prática, no entanto, alguns profissionais ainda não conseguem materializar essa concepção e ainda perpetuam uma prática fragmentada e de exclusão do usuário. Tal fato foi percebido no conflito presente no próprio discurso do profissional relativos a sua percepção e ao seu uso, e, ratificado em nossas observações.

O que eu achei interessante nela foi as orientações que tem pras mães e pro profissional de saúde [...] porque querendo ou não serve até pra alguém da família e como serve pro profissional ficar mais atento porque a própria mãe desperta pra aquilo porque já que na caderneta tem dizendo a própria mãe vai e desperta pra

aquele desenvolvimento ou crescimento da criança que não está adequado e ela mesma pode indagar o profissional e não só a enfermeira como também ao médico né. (E2).

porque aquela antiga caderneta ela não orientava nada, ela não dizia nada pra família, ela só dizia mesmo pro profissional [...] e hoje a família ela tem como acompanhar o crescimento da criança, o desenvolvimento né, a parte que ela pode tá observando em casa o desenvolvimento da criança, se a criança já tá atingindo aqueles marcos do desenvolvimento a família mesmo pode tá observando e assim, na puericultura a gente orienta sobre esses marcos pra ela observar em casa[...] e isso aqui serve tanto pra o profissional se respaldar de qualquer coisa como pra família né também ter aquele acompanhamento registrado e ver se a criança tá no peso bom e tudo ou não e tomar as devidas atitudes né em relação a isso. (E3).

A caderneta tem muita informação no caso pra mãe. E também pro profissional porque tem muito termo técnico aqui que às vezes agente não vê com frequência né e aqui agente tira muita dúvida em relação à primeiros socorros também, crescimento e desenvolvimento da criança, então pra mãe que pegar essa caderneta e realmente ler o conteúdo dela é bem interessante.[...] ela mudou totalmente. Porque antes, há uns dez anos atrás a única informação que agente tinha era a avaliação do peso e da altura e vacina, além dos dados da criança e agora tem todas as informações pra criança pequena né, da avaliação dela e do desenvolvimento. (E7).

As falas das enfermeiras demonstram uma percepção sobre a caderneta como um material educativo e de orientação para a conduta profissional e para as famílias, ao propor uma parte direcionada aos usuários no material. Para estas profissionais, com a posse e uso do material, a mãe teria a possibilidade de acompanhar as fases do desenvolvimento infantil e com base nela realizar uma espécie de vigilância sob os aspectos considerados normais.

Suas falas, no entanto, com relação as suas práticas, sugerem que isto deve ocorrer em espaços diferenciados, ou seja, há uma percepção que distancia o profissional quanto ao seu papel nas ações de Educação em Saúde. A caderneta assumiria um caráter “educativo encarnado” no trabalho em saúde, ficando a cargo do usuário o usufruo do seu material ou não. Apesar da maior parte dos enfermeiros do nosso estudo usar a caderneta como tecnologia de auxílio para o atendimento infantil, esses relatos ratificam nossas observações ao iluminar o modo como a caderneta tem sido comumente usada pelos profissionais, restrita ao registro de informações para sua prática. Esta prática filia-se ao paradigma biomédico ainda muito cristalizado nas ações e serviços de saúde.

[...] eu me detenho na vacina, crescimento, desenvolvimento, altura e peso e pronto, [...] E pronto, eu me detenho mais nisso. (E2).

“[...] então, eu digo olha, essa caderneta não é só pra você chegar em casa e guardar não, ela vai orientando o que você tem que observar na criança, a parte do aleitamento, alimentação, então assim, a gente vai orientando e pedindo pra ela ler em casa. [...] porque eu na minha puericultura eu não sigo a caderneta ao pé da letra, não sigo e eu não começo do começo, eu vou aleatoriamente, elas vem pra consulta aí eu vou aqui e oriento o crescimento, desenvolvimento, eu digo que ela leia a caderneta, digo alguns tópicos que tem na caderneta e peço pra ela ler, mas eu não

leio com ela, eu não sento com ela e vamos aqui olha aqui a caderneta, esse ponto, esse ponto[...] (E3).

[...] tem coisa aqui que eu ainda nem li, porque num atendimento agente tem tanta coisa pra fazer que agente já vai direto pro que agente já fazia há muito tempo atrás e orientar a mãe a ler e não ler com ele, eu, pelo menos, não leio com ela. [...] Então, se ela não me chama atenção, se ela não me aborda, eu vou pra outros aspectos da criança. Eu nunca tive realmente curiosidade em realmente aprofundar a caderneta pra ela, eu aprofundo outras coisas né que eu to vendo na criança ali naquele momento. [...] Não, assim, basicamente é o interesse da mãe sabe. Porque se ela não se mostra interessada em que eu explique eu num... Realmente é uma coisa que agente usa mais pra registro de alguma coisa que chame atenção como a vacina e o crescimento e desenvolvimento dela. (E7).

Camargo Jr. (2012) exprime que, a partir desta perspectiva, as tecnologias estão submetidas a sua esfera técnica, expressando a racionalidade mecânico-causal. Como percebido no nosso estudo, esse autor expõe que "rupturas" epistemológicas não implicam necessariamente superação, abandono do saber e, especialmente, do fazer "velho".

Ao pensar no diálogo entre as dimensões e domínios teóricos como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, representadas numa totalidade humana, na concepção de saúde ampliada, o autor relata que a justaposição destes campos disciplinares não consegue, por si, extinguir a fragmentação inerente ao próprio modelo disciplinar característico da Modernidade. Segundo ele, na prática, os termos "psico" e "social" não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico (CAMARGO JR., 2005; 2008).

Alguns estudos mostram um importante reconhecimento dos profissionais de saúde sobre a necessidade de mudanças subjetivas, sociais e ambientais para se materializar a saúde. Estas discussões, todavia, parecem não reverter para ações práticas, talvez porque a abordagem social e crítica seja ainda bastante abstrata e sem mediação com a prática clínica concreta (VASCONCELOS, 2001).

Merhy (2005) ressalta que as práticas pedagógicas são eminentes no trabalho em saúde. Desta forma, depreende-se que toda ação em saúde exige uma predisposição pedagógica para se operar. Assim o autor diz que, na produção do cuidado toda aposta que visa interferir no campo de produção da saúde tem de reconhecer isso como uma necessidade para a ação. Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003) observaram que os profissionais, em sua maioria, ainda transmitem informações de forma unidirecional, sem interesse pelo diálogo, excluindo a percepção dos diversos conteúdos sociais, biográficos e culturais que influenciam essa prática.

No grupo também identificamos profissionais enfermeiros que revelaram ter pouco contato e apropriação da caderneta, sugerindo pouca importância à prática.

Pra ser sincera eu não consegui ler essa caderneta ainda, assim eu nem folheei muitas coisas, algumas coisas que eu folheei foi da parte assim do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e só assim pra fazer a parte da puericultura [...] acho ela muito volumosa, eu acho muita coisa pra ser lido [...] tem alguma parte que eu não sei nem o que é isso porque eu acho muito volumosa. [...] Não assim, você já ver o volume dela, então não sei nem quais são as informações que estão aí.(E1).

[...]porque o básico da carteira é colocar o cartão em dia da vacina, se bem que tudo é importante, o CD também é importante, mas, como eu sou enfermeira eu me preocupo mais com a vacina.(E6).

[...]que é uma das rotinas que é com a médica é trazer esses cartão e a pediatra mesmo na hora da consulta observa quem ta com o cartão em dia, quem não ta e orienta né quem ta com a vitamina atrasada, passa pra sala de imunização, só isso. (E6).

Para este conjunto de profissionais, a percepção da caderneta apenas como um instrumento de registro profissional para a consulta, sugere uma visão fragmentada de suas práticas no cuidado a criança. Alguns aspectos como a preocupação deste sujeito com o protocolo a ser seguido na consulta de puericultura, limitada às aferições e avaliação dos marcos de desenvolvimento e o discurso da imunização estão muito presentes.

O Ministério da Saúde (2005) determina que para que a caderneta cumpra seu papel o profissional deve estar comprometido com o seu uso integralmente. Alves et al (2009) observaram existir ainda uma qualidade precária no uso da caderneta. Andrade (2011) ao identificar as percepções de profissionais de saúde em relação à CSC, observa que para esses profissionais esta tecnologia muitas vezes restringe-se ao acompanhamento antropométrico e neuromotor do CD e a imunização. Para a autora, a ESF como organizadora da atenção básica baseada nos preceitos da promoção da saúde e que prioriza, em sua concepção, a preocupação com a integralidade do cuidado, na prática, e no que diz respeito à atenção à criança, parece que ainda não se configura como realidade.

O modelo assistencial vigente, segundo Figueiredo e Mello (2004), é expresso como uma ação centrada no fator biológico, sem a complementaridade das ações de proteção e Promoção da Saúde. Na maioria das vezes, a prática assistencial à criança volta-se às ações básicas de acompanhamento do CD: medidas antropométricas, incentivo ao aleitamento materno e calendário de vacinação. Dessa forma, perde-se a oportunidade de um olhar mais amplo para as necessidades do crescimento e do desenvolvimento da criança.

Para superar esse modelo, a Promoção da Saúde é descrita como novo e promissor paradigma na saúde. Seus principais constituintes são a ênfase na integralidade do cuidado, o

compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e da avaliação das ações e dos serviços de saúde (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

Para alguns autores (LARA; 2009; GOULART et al., 2008; ALVES et al., 2009; ANDRADE, 2011), a caderneta pode se apresentar com potencial de superação deste paradigma no trabalho em saúde com ampliação dos campos de intervenção multiprofissional no cuidado a criança. Depende, no entanto, de uma reorientação das práticas. Como discutido até então, observamos que a nova Promoção da Saúde (BUSS, 2002; 2004; CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2010), a Educação em Saúde (VASCONCELOS, 1999; CARVALHO, 2004; OLIVEIRA et al., 2008) e novos arranjos tecnológicos com a valorização das tecnologias leves (MERHY, 1998; 2007) podem contribuir para uma reorientação destas práticas.

Por outro lado, algumas experiências, reveladas nas falas de alguns profissionais enfermeiros sugerem a percepção da CSC como estratégia de Educação em Saúde para a Promoção da Saúde. Faz-se deste momento uma troca com os usuários no qual podem colocar suas dúvidas, limites para pôr em prática uma determinada orientação, bem como vislumbrar possibilidades de projetos terapêuticos.

[...]mas, é uma ação de saúde que envolve a criança né, porque se fosse só a vacina, só a aferição de peso acho que não teria sentido, não é o que coloca-se aqui, é outra proposta e as mãezinhas elas precisam muito dessa orientação né, a gente vê que você ganha a paciente, você tem o poder de convencimento em relação a importância do aleitamento, ela aceita isso como uma prática e ta retornando porque ela abre uma caderneta e vixe, tudo isso explicando sobre aleitamento, e eu digo: você já viu aqui quantas coisas falam só sobre aleitamento materno, o que isso significa de ganho para o seu bebê, é a questão do afeto, do carinho, do desenvolvimento, a fala do ouvir a audição dele né, do achar graça, do sorriso que ele manifesta por ele parecer que ta entendendo, mas esse contato mãe a mãe é importante, e as dificuldades a gente sempre vai mostrando né e a estimulação né. [...] Acho que com isso só quem ganharia seria a população no sentido geral porque a mãe teria mais segurança em cuidar dos seus filhos [...] nós ainda estamos muito, muito, arraigado, assim, enraizados na questão da cultura medicamentosa né, essa tecnologia pra utilizar um cartão desse que promove saúde ainda falta muito você trabalhar essa questão de educação em saúde, é mudança, é transformação né de cultura, de dar um pouco mais de atenção ao paciente em si[...] (E4).

[...] porque quando você está a frente a consulta de puericultura é uma coisa que você tem muito que elogiar a mãe pelo desempenho dela no cuidado, na observação, nas orientações dadas né, que ela pode utilizar essa própria caderneta, independente de qualquer momento, se ela quiser o peso da criança ela pode ir lá e verificar, porque eu faço questão às vezes que as pacientes elas entenderem de mapa, dependendo do grau de instrução dela ela consegue captar essa informação [...] os marcos do desenvolvimento também [...] Nos primeiros meses a gente sempre mostra essa parte que tem lá as orientações pra aleitamento materno, as dificuldades que ela pode enfrentar e ela pode buscar essas informações [...] e também a gente faz esse trabalho junto com a agente de saúde. (E4).

Para estes profissionais, a consulta é tida como momento de Educação em Saúde na qual há a intenção de que estas usuárias participem deste processo. São ressaltados aspectos das condições de vida, abrindo espaço para o diálogo, bem como a interação com outros profissionais da equipe na perspectiva do cuidado integral. A responsabilização que o profissional assume perante este processo coaduna-se com um componente ético, ressaltado por Merhy (2007), no que diz respeito à efetividade das suas ações no plano do real, “porque eu faço questão às vezes que as pacientes entendam o mapa[...]”.

De acordo com a narração, observamos uma abordagem ancorada na proposta da Promoção da Saúde que se desloca desde a percepção da prevenção com as abordagens biológicas, como a problematização das condições de vida e possibilidades para transformação. Neste processo, as tecnologias leves ganham espaço como estratégia para o arranjo tecnológico da atenção, e por meio do acolhimento, da fala e escuta atentas, é projetado um modo de fazer para a autonomia (MERHY, 2007).

Podemos, então, entender que o trabalho com a caderneta, sob esta perspectiva, pode adquirir conotações políticas por alguns aspectos percebidos: 1) amplia as dimensões envolvidas no cuidado; 2) estimula a constituição de um espaço entre o usuário e profissional e 3) incita no profissional uma abordagem holística do processo saúde-doença. Não queremos, no entanto, cair numa abordagem ingênua de que este instrumento, por si, daria conta desta dimensão política. Ressaltamos, porém, a potencialidade dos aspectos listados de acordo com o arranjo tecnológico do agir em saúde. Neste aspecto, insere-se no campo do *empowerment* comunitário e chama para a ação as práticas pedagógicas, ancoradas no referencial crítico-reflexivo e transformador da educação popular em saúde ou *empowerment education* (CARVALHO, 2004).

A Educação em Saúde é, portanto, um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido na área da saúde, intermediado pelos profissionais, tem a intenção de atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). Vasconcelos (1999) destaca a atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas, em virtude da sua maior proximidade com a população e da ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Estes mesmos profissionais, no entanto, apontam as dificuldades que encontram para trabalhar a educação em saúde no contexto hegemônico vigente, porém não excluem do

âmbito profissional esta corresponsabilização. Merhy (2007), em a *Cartografia do trabalho Vivo em Saúde*, relata que, ainda que determinante nos processos de trabalhos e relações, as imposições da macroestrutura neoliberal e do paradigma biomédico deixam pontos de fuga ante a ineficiência destas concepções e práticas. Nestes pontos, o agir em saúde, em sua microplóitica, encontra formas de reorganização e reação, no entanto, exige uma implicação local – serviço e sociedade – para reorientar o agir. Isto está claro, ao identificarmos no nosso estudo profissionais que conseguem materializar um trabalho mais ampliado e transformador com a mesma tecnologia que muitos outros utilizam e, no seu modo de agir, reproduzem práticas conservadoras.

Na visão dos médicos estudados, a caderneta limita-se a um “protocolo” para o atendimento profissional, dos profissionais que lidam com esta tecnologia. Nos discursos, os profissionais revelam que, com o auxílio dos gráficos, a caderneta oferece segurança para avaliar o crescimento da criança, otimizando o tempo das consultas e garantindo que o profissional aborde as questões consideradas mais importantes por eles.

[...] ajuda, até para te guiar, te auxiliar, porque se você for só conversar você perde mais tempo você fala algumas vezes algumas coisas que não tem necessidade, deixa de falar o que tem né. Porque pega aquele protocolo, vamos dizer assim, cronograma é mais fácil, facilita, você ganha tempo. (M2).

Sim, olha eu acho isso muito importante pra mãe sempre andar [...] Olha, vê o crescimento da criança, o desenvolvimento, ali tá o b a bá todinho do uso do inocente todinho.(M4).

A caderneta é excelente, dá pra ver o desenvolvimento neuromotor, mas, principalmente, a evolução do natural que agente acompanha. Foi boa, melhor que a antiga. [...] Porque tem mais informações [...] geralmente, o profissional ele não tem tempo pra olhar a vacina [...]. (M5).

Como vimos em nossas observações, apenas um médico (M2) realiza o serviço de puericultura nas unidades estudadas, no entanto, em sua fala e nas observações da sua prática, este profissional imprime a esta ação uma perspectiva meramente técnica e individual

Foi possível perceber, por meio do discurso de alguns profissionais médicos, que o significado atribuído ao uso desta tecnologia restrito à prática profissional foi mais evidente. Conforme expressamos, esta conotação deriva do discurso da Biomedicina bem descrito por Camrago Jr (2005) ao refletir sobre a prática médica especificamente. Segundo o autor, esta concepção tem se posto como entrave à prática profissional de modo geral, no entanto, põe-se mais evidente na Medicina e nos processos de formação e concepção destes profissionais.

Outros profissionais conseguem; todavia, conferir uma perspectiva mais ampliada à CSC, sugerindo a noção de tecnologia com ênfase na Promoção da Saúde e melhora da qualidade de vida, destacando aspectos relacionados à potencialidade que a caderneta possui como instrumento de comunicação e vínculo entre o serviço e o usuário.

O entendimento da utilidade e necessidade e absorção como documento que a caderneta tem e também a utilidade de informações que ela possa dar aos pais e esse se transformarem automaticamente em agentes de multiplicação. [...] um diálogo para os profissionais de saúde que evoluiu para fazer um diálogo de um binômio, médico-paciente ou, profissional-paciente e foi feita essa caderneta pra isso, entendeu? É uma linguagem mais atualizada e aberta pra que houvesse o entendimento universal. (M1).

Mulher, eu gosto porque acho uma caderneta completa, ela tira dúvidas das mães isso é o que me chama mais atenção, às vezes as mães já vêm sabendo mais ou menos, elas tem uma noção maior que antes da caderneta né, acho que lêem NE [...], mas das vantagens são as orientações que vem nela né, além das divisões, ela é muito bem dividida, acho que tem, compreende tudo que é importante pra gente possa acompanhar a criança e para que a mãe tenha isso em casa em suas mãos né, um conhecimento que ela dispõe e que talvez, não tinha. Você sabe que a caderneta acaba aproximando a mãe da gente, profissional. (M3).

Quando perguntados quanto às suas vivências com a caderneta, alguns profissionais médicos relatam não utilizá-la na sua rotina, apenas eventualmente, quando atendem criança por meio da demanda espontânea, no entanto, quando a usam, é apenas como registro de informações.

Poderia ajudar mais se o profissional também fosse mais, o profissional médico em especial né, fosse mais envolvido com a caderneta. Na prática agente vê a criança enferma e pouco vê a criança em período de saúde pra poder exercer as atividades de puericultura e conduzir os pais e, conseqüentemente, a criança no seu crescimento e desenvolvimento. [...] nesse momento, eu nego que utilizemos a caderneta. Eu, particularmente, nego utilizar a caderneta de saúde pra investigar o histórico da criança de nascimento, de vacinação, de intercorrências, de internamentos, entendeu, que nos orientam, que podem nos dar noção sobre o histórico do processo patológico vigente. (M1).

Bem, não é uma coisa que agente trabalha de rotina, até porque assim, as orientações são dadas de acordo com as necessidades e com a fase da criança [...] (M3).

Olha, essa nova caderneta, eu já tinha até lhe falado da última vez que conversamos, eu num posso nem lhe num dá uma opinião porque num dá tempo de tá vendo porque eu praticamente não uso. Agente faz um pronto-atendimento geral e num dá tempo de tá vendo essas coisas. (M4).

O profissional médico não se percebe como integrante no processo de Educação e Promoção da saúde junto aos usuários.

O que eu utilizo daqui é a parte de PC, do peso, altura, essa questão do desenvolvimento, ela acaba que de tanto agente fazer, agente tem mais ou menos uma média já. [...] o gráfico que agente anota no gráfico [...] e a questão da vacinação também e o gráfico, basicamente o que agente usa no dia a dia, na rotina é

mesmo o gráfico de peso, da altura, o perímetro cefálico nos menorzinhos. [...] Num leva cinco minutos pra analisar isso.(M5).

[...] mas, é como eu tô dizendo ela é só pra gente mesmo e não é pra eles, é um negócio pra gente, pega os dados e anota direitinho os dados da criança, ver o desenvolvimento e coloca nos gráficos, acompanha a vacinação e assim não tem, a pergunta não sei se eu entendi direito. Trabalhar tecnicamente, a gente pega e coloca os dados todos aí. [...] eu faço da minha experiência, mas nunca leio e passo pra mãe não. Não sei como que é a parte da enfermagem, mas o que eu faço é minha parte técnica só, é nos gráficos, na vacinação e no desenvolvimento. (M2).

Camargo Jr. (2005) explica que na doutrina médica a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a de uma causa ou de causas múltiplas, é mais incisiva.

Acreditamos que a profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual de o médico trabalhar é marcada, dentre outras coisas, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; pelo isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde; pelo desconhecimento da importância das práticas de Saúde dos outros profissionais; e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, desde um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (MERHY, 1998).

Em nosso estudo, observamos que, quando utilizada pela categoria médica, há um interesse organizado em torno das tecnologias duras. Assim, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Para Merhy (1998; 2007), hoje, o modelo assistencial ainda se encontra voltado para a produção de procedimentos, o qual consome intensamente tecnologia dura, ensejando mais necessidade ainda de produção de procedimentos.

O trabalho médico, quando orientado por esse modelo, se isola dos outros trabalhos em saúde; vai se especializando a cada introdução de novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, vai-se necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma (MERHY, 2007).

Neste âmbito, autores expressam a necessidade de repensar a prática clínica para facilitar a “*construção explícita da responsabilidade macro e microssanitária*, na qual os médicos pareçam estar mais envolvidos nos processos saúde-doença, não relegando as ações

de promoção e prevenção às outras categorias profissionais. Além disso, o olhar pautado na perspectiva da integralidade pressupõe uma ampliação do objeto saúde, extrapolando a visão biológica (MATTOS, 2001; SILVA et al., 2009).

Para isso, Campos e Amaral (2007), no sentido de se ampliar o modelo biomédico, sugerem, para o exercício clínico, saberes como os produzidos por áreas como a da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Planejamento e Gestão, e Ciências Sociais e Políticas. A mesma linha de raciocínio serve para as práticas de educação em saúde que, quando realizadas, se limitam a um trabalho através de grupos temáticos de doenças, tendo como base o referencial biomédico.

5.2.2 A experiência de profissionais e usuários com a caderneta de saúde da criança na perspectiva dos sujeitos

Ao falarem mutuamente acerca de suas práticas, usuários e profissionais também evidenciam o tipo de relação que estabelecem entre si. Ao mesmo tempo, essas práticas discursivas influenciam, de alguma forma, as práticas e as possibilidades de ação, que se afetam simultaneamente, visto que todo encontro pressupõe uma dinâmica de intersubjetivação (mútua afetação) entre as pessoas que dele fazem parte (TRAVERSSO-YÉPEZ; MORAIS; CELA, 2009).

Neste capítulo discutiremos acerca das experiências e percepções que profissionais e usuários têm, um em relação ao outro, a respeito das vivências destes sujeitos com a caderneta de saúde da criança. Nesse momento, ao perguntarmos sobre o serviço, como se processava a consulta agendada, a consulta eventual, como era o atendimento por parte dos trabalhadores naquele local, as respostas dadas pelos entrevistados nos conferem a noção de como ocorria a produção do cuidado, ou até se ela ocorria ou não. Ainda permite a possibilidade de confronto entre o que o profissional diz fazer e o que os usuários vivenciam.

5.2.2.1 *As percepções dos usuários a respeito das práticas profissionais com relação à Caderneta de Saúde da Criança*

De acordo com as experiências relatadas pelos usuários quanto ao uso da caderneta junto ao profissional, tais experiências limitam-se às consultas de puericultura, ou atendimento pediátrico e na imunização, discurso que confirma nossas observações. As usuárias percebem estas práticas reduzidas apenas no registro de informações de alguns profissionais relativas ao crescimento e vacinação durante o atendimento; em alguns casos, estes registros limitam-se à imunização.

Tal quadro denota ainda a dificuldade que os profissionais de saúde encontram em materializar uma perspectiva integral da atenção à saúde. A concepção biomédica (MERHY, 1998; CAMARGO JR, 2005), ainda muito presente, embute à caderneta uma prática mecanizada e tecnicista, considerando o momento da consulta como uma propriedade profissional, suprimindo, desta forma, uma posição dialógica com os usuários, excluindo-o do processo terapêutico.

[...] só disse que era a caderneta da criança da vacinação e que eu levasse para o acompanhamento médico quando eu fosse levar ela. [...] Rapaz lá mesmo (no posto) ela só abre pra botar o peso, botar a altura e botar a vacina, só assim, eles num explicam nada não. [...] Não porque o que elas falam muito é só sobre a data da vacina, ai anota a dela. [...] O médico ele só abre e anota o que ele quer, o peso, a altura, só, só isso [...] só quando tá acima do peso, ela fala lá que tá acima do peso e pronto. [...] As enfermeira sim, porque elas são ótima, elas explica tudo, quando ela nasceu elas ensinam a dar de mamar, elas ensina tudo (U11).

[...]O dele aqui não uso, no dele aqui não tem nada disso, tem o tamanho que era pra colocar tudinho e num colocaram nada, tem ai como amamentar o bebe, ensina tudo ela, o que tem que dar pra ele comer, as brincadeira, pra vigiar o crescimento da criança mas no posto num fazem isso não, vem tudo escrito, tudo explicado. [...] Só essa parte de traz, essa parte que anota a vacina, só isso, daqui pra frente eles num utilizam nada não, nun chega a abrir essas pagina daqui da frente pra mostrar e falar nada não, só essa parte aqui de traz, anota a vacina e pronto, somente [...] É... é desleixo né, porque se tem a saúde da criança né tem que falar: - Olha mãezinha, já que não tem o acompanhamento, a Sr^a, vem pelo menos de dois em dois meses aqui no posto que a gente vai pesar, vai medir, fazer o básico assim por cima né, pra ver se chega aos pés do acompanhamento, mas nem isso, num fazem não, nossas crianças ficam ai.(U21).

Observamos, que para algumas usuárias, esta prática denota um certo “desleixo” do serviço com relação a saúde da criança. Para este grupo, o profissional de saúde, ao utilizar apenas alguns aspectos da caderneta, restrito ao registro de sua prática profissional, gera uma atitude reducionista que exclui outras dimensões do cuidado e que são objetos de curiosidade

e de importância para o grupo, como a afetividade. A falta do diálogo aparece como algo que dificulta o atendimento e confere qualidade ou não.

Esses discursos nos sugerem existir uma demanda que consegue estabelecer certo estranhamento com relação às práticas profissionais impostas no modelo biomédico. Com efeito, os usuários já manifestam a necessidade de serem atendidos por profissionais que não os reduzam a fragmentos de seu corpo físico e sim passem a enxergá-los como seres inteiros, como uma característica da boa prática em saúde (FERRI et al., 2007).

Ferri et al (2007), em estudo de avaliação de satisfação com relação às tecnologias leves, evidenciaram que os usuários do serviço estudado atribuem qualidade ao atendimento conforme as relações dialógicas estabelecidas, valorizando a incorporação dessas tecnologias nos espaços de produção em saúde. Destacam que essa forma de atendimento é fruto de um longo período histórico, que tem raízes no conjunto de dicotomias que perpassa a organização dos serviços de saúde e que é sustentada pela lógica de mercado, com a finalidade de obtenção de lucro, ficando as necessidades de saúde da população no plano secundário. Os usuários demonstram estranhamento quando os profissionais deixam de cumprimentar os seus pacientes, não chamá-los pelo nome; não valorizam atos que os reconhecem como seres humanos e produzem, no processo de atendimento, o compromisso com a atenção daqueles que demandam o serviço.

As usuárias, ao perceberem a prática profissional como algo reducionista, passam a abrir espaço para o questionamento de uma perspectiva integral que este profissional deve lançar sobre o usuário e o serviço. Mattos (2001) observa que a integralidade, como um princípio norteador das práticas, da organização do serviço e da reorganização política, pautase numa recusa ao reducionismo, uma recusa à “objetificação” dos sujeitos e uma abertura ao diálogo. Santos (2000) relata que parte do reducionismo que contrasta com a integralidade parte da incapacidade de não conseguir estabelecer uma relação com o outro e ser transformado em objeto.

Por conseguinte, alguns relatos das usuárias denunciam a falta de estímulo à leitura e ao uso da CSC. O profissional ainda não consegue se ver como integrante da aprendizagem com os usuários com dificuldades quanto às práticas educativas por alguns profissionais avaliados. A caderneta surge como uma tecnologia que por si bastaria para o cuidado a criança.

No posto não. Não, a orientação ali é pouca viu. Não há orientação não, geralmente eles só anotam as vacinas, essas coisas. [...] Eles só abrem, geralmente só abrem e nota é, por exemplo, se a criança tá com febre, alguma coisa, por exemplo, vacina, se tá no peso, altura. [...] A orientação dela nunca foi trabalhada [...] precisa ser trabalhado. (U10V PAI).

É geralmente ela abre a caderneta, anota o peso e altura, geralmente ela faz mais pra isso mesmo, é remédio, tem remédio que toma, vitaminas, essas coisas mesmo. [...] Orienta assim, na mudança da alimentação. [...] Como é que deve ser a alimentação, que é que deve dar, as frutas mais importantes, as fases do desenvolvimento. (U10VMÃE).

[...]eu que tive curiosidade mesmo de ler sozinha, quando eu tava com alguma dúvida em relação ao meu filho assim de alguma coisa ai deu mais curiosidade, porque antes assim, eu só abria e olhava mas, nunca, nunca... Ai um dia eu peguei pra ler e gostei. (U11V).

Não, eles nunca falaram nada não, eles não utilizam essa parte, nenhuma parte eles num conversam com agente sobre isso não, pelo menos comigo nunca falaram nada. Eu acho, eu tô achando que é uma coisa que eles tem que fazer e era uma coisa que agente tem que saber e eles nun fazem. Eu acho muito errado isso e assim, agente fica muito presa por sinal né, porque se num fosse nossa vontade eles, eles num teriam abrido, se agente não pegasse e lesse eles nunca iam falar nada. (U11V).

Não, ninguém me comentou ainda não a respeito dessa parte educativa não, eles só me entregaram e pronto, eu é que tive o interesse de ler né. (U17VI).

Percebemos em suas falas que a iniciativa de ler a caderneta, geralmente, partiu da mãe. Algumas delas julgam esta falta de informação como algo que o serviço deveria trabalhar mais com os usuários, em razão das dúvidas frequentes na maternidade, especialmente nos primeiros anos de vida, período de maiores transformações e atenção ao CD da criança.

Ao estudar fatores associados ao acompanhamento antropométrico por meio da caderneta, em Fortaleza, Frota et al. (2007) observaram que os pais sentem dúvidas e insegurança com relação ao cuidado dos filhos e as diferenças entre os padrões de normalidade impostos,. Desta forma, as práticas em relação à saúde da criança devem ir além de gráficos e tabelas na tentativa de incluir o usuário.

Alves et al. (2009) ressaltam que, além dos registros corretos na caderneta, o diálogo com a família sobre as anotações realizadas são fundamentais para que a caderneta cumpra seu papel de intermediação de comunicação, educação e vigilância em saúde. Além disso, sua adequada utilização pelos profissionais pode provocar maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e responsabilização pelas ações.

Estes discursos sugerem ao nosso estudo que a autonomia e *empowerment* configuram-se como projetos distantes na prática, uma vez que o profissional não consegue se

perceber; muito menos, dialogar com categorias como o *empowerment* comunitário que exige uma politização de superação técnica do agir em saúde. Para Alves e Aerts (2011), apesar das discussões quanto às práticas educativas na saúde, com ênfase na Educação Popular, ainda é muito presente a percepção sobre o sujeito sem capacidade para apreender e, por isso, as ações educativas não são vistas como prioridade e, quando praticadas, seu objetivo é a domesticação a determinada norma de conduta.

Por outro lado, percebemos, por parte de algumas mães, uma naturalização destas ações. O conhecimento biomédico configura-se como um padrão cultural tão hegemônico que suas práticas, mesmo que às vezes questionadas, são tidas como verdadeiras pela população, conferindo *status* ao profissional de saúde e respaldo a qualquer prática.

[...] porque eu fui no posto e eles não forneciam mais a caderneta né, aí chegou lá a moça normal né, aí ela só fez passar e não deu a vacina porque ainda não tinha chegado a vacina. (U2II).

O que eu aprendi, eu aprendi regular a vacina, [...] Eu tou achando regular, eu não vejo nada de diferente não, eu acho que eles tão usando adequado com a gente [...]quando chega lá agora ela só faz escrever vacina tal e manda fazer o retorno, bota só a data né e faz o retorno próximo mês. [...] Ela olha aí explica que o peso ta ideal aí ela mede naquela bichinha aí diz a altura que a criança ta crescendo normal, na altura ideal e pergunta se ela ta com saúde, se ela não teve gripe esse mês, se ela não teve febre aí eu digo que não, aí ela diz que ta tudo normal e tudo escrito. [...] (U8V).

Mas quem mais fala desse trabalho, que fala pra ler a caderneta é mais o agente de saúde, o profissional do posto de saúde ele não tem tempo nem de atender todo mundo imagine de falar ah olha aí, vai ler a caderneta e tal NE? Pois é, quem mais fala é os agente de saúde que fala d importância da caderneta, pra que que foi feita ela, enfim...(U15III).

Para este grupo de usuárias, a prática mecanizada pautada em uma abordagem biológica do CD infantil e sem diálogo, questionada por outras, é tida como “normal”. Este processo de naturalização relativo às práticas de saúde mecanizada sugere uma acomodação do usuário com aquilo que lhe é ofertado e pouca possibilidade de reivindicação e mudança. Tal fato insere-se também no debate da “medicalização”, descrita em categoria anterior (TESSER, 2006). A cultura medicamentosa extrapola os muros do setor saúde e se cristaliza no imaginário popular como um efeito de acultramento e iatrogenia. Com efeito, a valorização da doença se sobressai e pauta desde a busca pelos serviços como sua terapêutica, fazendo que a própria população não se perceba de modo integral.

A literatura aponta que este processo se verifica nos vários serviços de saúde. Na avaliação subjetiva atribuída pelos usuários em relação aos atributos do serviço, alguns discursos traduzem um estado de acomodação às coisas da vida, como se fosse “assim

mesmo”; é tão normal que vira coisa óbvia, não conseguindo nem perceber se estaria ruim ou não (FERRI et al., 2007).

Ressaltamos que, na percepção dos usuários, houve uma espécie de maior insatisfação com a categoria médica do PSF. As usuárias conseguem perceber a pouca ou quase nenhuma participação do médico com relação à caderneta. Geralmente, fazem isso com base na consulta com outros profissionais, como o enfermeiro, e pelas visitas que os ACS realizam. Ainda aqueles que efetuam a puericultura, demonstram uma dificuldade maior de trabalhar a caderneta com os usuários, que contam sentir-se mais acolhidos pela Enfermagem. Sempre que havia alguma referência positiva ao médico com relação à saúde da criança e, as ações daí decorrentes, referiam-se ao pediatra das unidades ou de outros locais em que a criança tinham um acompanhamento complementar.

[...] as marcação que ela (a enfermeira) faz né, ela olha bem, ela olha se ta certo as vacina, ela olha a marcação e se tem alguma coisa né[...]ela sempre olha se ta em dia, é esse o trabalho deles. O doutor também olha, mas ele olha mais assim pra o nome dela, ele pede mais como se fosse a identidade dela, mas ele não olha muita coisa não, agora ela olha pra ver se tá tudo em dia [...] ele não vai nem lá pra saber como é que ta o peso dela, porque eu já entrego no papel né, mas ela olha bem.[...] ela olha e diz qualquer dúvida vocês olha no cartão, ela sempre fala assim vocês lê o cartão que no cartão tem explicando tudo, ela sempre fala, mas ta bom. [...] Foi isso que me chamou atenção né, porque tudo ela coloca lá, ela até falou pra mim se ela tiver bem o crescimento, a evolução dela aí ela disse que pode subir como pode descer, é tanto que eu fico preocupada [...]. (U7V).

[...] alguns deixa a desejar, nunca olhou a caderneta, não olha se a vacina ta em dias, até mesmo orienta que as pessoa leia quando tem uma criança[...] Usam, aliás, nem todos, quando a mãe leva aí que a mãe se interessa e que ver tudo anotadinho na caderneta eles usa se a mãe levar e exigir, no caso o meu filho olhe aqui as vacina, mas nem todo pediatra ele tem a boa vontade de olhar não, só olha o seu filho e consulta mesmo e pronto [...] o que eles colocam que no caso a pediatra o que ela coloca é só o peso né, ela vai lá no localzinho que coloca peso e tamanho e aí ela diz se ta tudo OK [...] aí pronto pontilha aqui como ela pontilhou e pronto e aí dessa maneira que é a gente segura que o filho da gente se tiver abaixo do peso ela diz e passa determinada alimentação, diz de que maneira é pra ta alimentando, passa uma vitamina, mas fora a isso aqui não, olha a vacina, algumas olha a vacina, isso se a mãe levar se não, não pergunta não só passa a informação pro computador . (U14III).

[...] num explica, eu num vejo, a médica só lá anota, vê tudo direitinho, mas num explica nada. [...] Eu acho que eles deviam também explicar né, mas num querem explicar. [...] Porque às vez eu acho que elas pensam que agente sabe de tudo, mas eu acho que o dever delas também é explicar, ela num tá fazendo o trabalho dela num é, e num é o trabalho dela né, então.(U16III).

Segundo as usuárias, alguns atendimentos médicos caracterizavam-se por serem rápidos (“eles não utilizam os minutos necessários pra atendimento com o paciente, se ele pudesse ta atendendo em cinco minutos, ele te atende”); frios (“aí ele também nem ligou e nem disse pra mim, não me animou em nada”); sem diálogo(“ fica mais as resposta só pra

eles, se a mãe não perguntar não fala”) e mecanizado (“passa e ver a vitaminazinha que ta tomando, um redoxon, um kaliamon da vida que é a vitamina, um ferro e pronto, mede a criança e bota lá na internet”).

[...]não gostei assim foi do médico né quando eu vi assim ele não atendeu direito, ele não conversou, não falou nada e eu doidinha, aperreada porque a menina tava doente e bem novinha e eu lá sabia de nada e não entendia, não sabia de nada e pensava que a menina ia aí ele também nem ligou e nem disse pra mim, não me animou em nada, mas mesmo assim ele pediu o livro, ele olhou o livro aí eu peguei e não fiquei muito bem atendida por ela não, mas as enfermeira são boa, são ótimas porque elas sempre me atenderam muito bem, ela faz questão, por exemplo, quando eu vou ela trata e me diz bem certinho [...] (U6I).

[...] é tão difícil, hoje em dia você vai pro médico e o médico querer se preocupar [...] hoje em dia se deixa muito a desejar tipo assim, passa e ver a vitaminazinha que ta tomando, um redoxon, um kaliamon da vida que é a vitamina, um ferro e pronto, mede a criança e bota lá na internet que usa demais internet aí bota lá no computador e pronto fica registrado lá e quando a mãe vai de outra vez mede a cabecinha, fica mais as resposta só pra eles, se a mãe não perguntar não fala. [...] não generalizando todos, mas alguns médicos quando menos ele falar menos informação ele dar pro paciente melhor, quanto menos falar. [...] O médico não tem o compromisso e eles não utilizam os minutos necessários pra atendimento com o paciente, se ele pudesse ta atendendo em cinco minutos, ele te atende, os quinze minuto não, então quanto mais paciente no momento ele tiver e podendo ta tendo menos tempo com aquele paciente ele tem. Muitas vezes eu tou no consultório e aí a doutora ta olhando pro relógio ou então diz o que ta acontecendo no momento e pronto, ali passou o tempo e atende logo. Eu acho que deveria ter mais interesse com a pessoa, com o ser humano. [...] Diante disso aí eu acho assim que hoje em dia eles tão deixando a desejar muito assim atendendo só por atender, sabe, sem amor, não se coloca no lugar do outro [...] o que eu vejo disso é se colocar no lugar do outro, é você fazer com o outro como se fosse pra você, porque aí ia evitar muita coisa que ta acontecendo. [...] Sem contar que isso aí traz grandes consequências né, quando você é responsável por determinadas coisas na vida, exemplo, a saúde e você não tem um atendimento ou faz de qualquer maneira, muitas vezes acontece pela maneira de não saber receber aí traz processo, traz várias coisas né.(U14III).

Estas vivências compartilhadas sugerem ao nosso estudo uma relação diferenciada com os usuários em alguns serviços, especialmente os profissionais enfermeiros. Em nossas observações pudemos constatar múltiplos comportamentos com relação ao usuário. Nesta categoria, contudo, podemos perceber uma abertura maior em relação ao usuário com respeito ao diálogo, a uma postura humanizada, acolhida e responsabilização pelo cuidado, conforme é percebido nas falas das mães.

Um quesito que aufere importância, ou que talvez gere isto, é o vínculo que o profissional enfermeiro consegue estabelecer com o usuário e a comunidade em alguns casos. Com efeito, para o usuário, o campo relacional impõe-se como definidor da qualidade do serviço. Para Mehry (1998), a crise da saúde, na visão dos usuários, é quanto à falta de responsabilização e interesse em sua saúde. O que muda não são, necessariamente, os

aspectos evidenciados por parte de cada categoria profissional em relação à CSC na sua prática, mas a maneira como é realizado o trabalho, o campo relacional aí estabelecido.

Em discussões anteriores, abordamos as diferentes concepções e práticas destes profissionais com relação à CSC. Observamos que, de modo geral, existe aproximação maior do profissional de Enfermagem com a ESF e, simultaneamente, certa dificuldade de inserção do médico nas ações do PSF, especialmente com relação às ações de Promoção à Saúde.

As usuárias conseguem perceber a pouca participação destes profissionais com relação à caderneta. Ao ouvirmos estes profissionais, deparamos dificuldades, desde o paradigma da Biomedicina, presente na de formação e acompanha suas práticas até a estruturação política e organização dos serviços, com reprodução gerencial conservadora de um modelo reducionista e curativo. No que se refere ao paradigma biomédico, Camargo (2012) aponta que esta estrutura conceitual é mais incisiva na prática médica, uma vez que este profissional tem a competência única da diagnose de patologias, estando esta prática tradicionalmente limitada a Morfologia e Fisiologia.

Franco e Magalhães Júnior (2003) referem que o exercício da clínica traduzido em atos de fala e escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, ao longo do tempo se perdeu, sendo substituído pelo ato prescritivo e uma relação sumária entre profissional e usuário. Hoje, o que se tenta é, justamente, este resgate da produção do cuidado, pois somente assim poderemos agir no processo saúde/doença, produzindo, nos serviços, realmente saúde no seu conceito ampliado.

Segundo a experiência de alguns autores com a percepção de usuários quanto aos serviços de saúde, é posto que estes sujeitos conferem muita importância para o modo do “trato”, valorizando a incorporação dessas tecnologias nos espaços de produção em saúde. Os usuários destacam formas de atendimento, nos diversos momentos do processo de trabalho, valorizando atos que os reconhecem como seres humanos, tanto quanto os trabalhadores que os atendem, e ainda quando esses trabalhadores produzem, no processo de atendimento, o compromisso com a atenção daqueles que demandam o serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; FERRI, et al., 2007; ROCHA et al., 2007; SOUSA et al., 2012).

Os usuários conseguem perceber formas de o trabalhador estabelecer uma relação diferenciada para com eles, relação acolhedora, com aspectos ligados ao vínculo,

compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia. Ferri et al. (2007) acentuam que as tecnologias leves são geradoras de satisfação, quando voltadas à prática do cuidado em saúde.

Outro agente percebido pelas usuárias são os ACS, que aparecem como pontos estratégicos para o trabalho com caderneta. As usuárias percebem as práticas destes sujeitos positivamente, à medida que demonstram importância ao processo de CD de seus filhos. Os ACS são pessoas de dentro da comunidade que presenciam, e até mesmo, por vezes vivenciam experiências semelhantes como os usuários conseguem adentrar a sua realidade. Na maioria das vezes, o ACS consegue manter uma relação de confiança e continuidade nas ações.

Os agentes de saúde sempre que eles vem fazer visitas aqui eles pedem né o cartão, olham se a vacina tá atualizada, eles olham tudo, se tiver atrasada eles cobram, quer dizer, é uma maneira de realmente acompanhar o desenvolvimento. Geralmente eles pedem uma cópia, quando eu vou na caderneta eles tiram cópia, tipo um espelho da caderneta pra ficar acompanhando os pacientes deles de cada regional deles. Eles vem utilizando o material, utilizando bem, fazendo o acompanhamento, não vejo nenhuma restrição a caderneta não, pelo contrário eles tão realmente utilizando.” (U4I).

Todo mês, elas ta (refere a ACS) sempre passando aqui, vendo peso, verificação de larva do mosquito da dengue. Ela, assim, ela já recomendou dar frutas e verdurinhas pra ela, essas coisas assim, verdura, ela orienta bastante. Como é que tá sendo cuidada a criança, sempre ela pergunta como é que tá a criança, se ela tá bem de saúde, se aconteceu algum tipo de doença um pouco mais grave com a criança, ela sempre tá falando. (U10VPAI).

[...]só que não explicaram bem não ai eu tive que ler, quando não é... o Adail que me explicava. O Adail sabe de tudo né, ou então era a minha irmã que ela é enfermeira. (U5I).

Eu gosto dele (ACS), ele é maravilhoso sobre isso, se eu não tiver ele pede pra mim deixar a caderneta pra ele olhar, ta ótimo o que ele (o ACS) faz ta ótimo mesmo e às vezes eu até esqueço de uma vacina e quando ele chega ele lembra né, eu gosto como ele trabalha comigo e com a caderneta, ele sempre pede esse cartão pra olhar pra ver se ta em dia.(U7V).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando a contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na Educação em Saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (NUNES et al., 2008).

Em estudo sobre a percepção de usuários sobre o ACS, Levy, Matos e Tomita (2006) observaram que o fato de os agentes residirem na área de abrangência da equipe, então, de maneira geral, o agente é conhecido da comunidade. Este fato é de fundamental

importância para estabelecer-se uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Isso deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares.

O Ministério da Saúde, ao relatar as atribuições específicas do ACS, explicita que este funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e Promoção de Saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2002).

Para alguns autores, a sensação que este agente confere a população é de estar amparada, pois está sendo sempre acompanhada, não precisa que a doença se instale para que receba assistência (LEVI; MATOS; TOMITA, 2006).

5.2.2.2 As percepções de profissionais sobre as vivências dos usuários com a caderneta de saúde da criança

Quando questionados sobre as experiências que os profissionais tiveram com os usuários em relação à caderneta, as opiniões e concepções variam, especialmente entre os enfermeiros. De acordo com o contato das enfermeiras com as usuárias, existe uma concepção, já constituída pela maioria, de que estes sujeitos não conseguem acessar a CSC desde o interesse pelo uso do material como no próprio nível da compreensão. Os profissionais acentuam que na vivência com estas mães é possível observar a dificuldade que elas possuem com o uso da caderneta, como a falta de tempo, a quantidade de filhos que muitas vezes já expressa certa experiência das mães com o cuidado da criança, tornando-a desnecessária. Além disso, apontam como determinante desta prática a existência de um componente cultural que resulta na pouca leitura da população de um modo geral, em decorrência da falta de hábito. Ademais, a dificuldade no entendimento das informações também influencia na busca desta tecnologia para auxílio do acompanhamento infantil.

[...]pelo tempo, porque a gente vê que geralmente não é só uma criança, é uma, duas, três, quatro, tá entendendo [...] e às vezes não tem nem quem olhe as criança e eu acho que às vezes elas tem dificuldade de ler sim, mesmo por não saber ler algumas e outras por que? Porque não tem tempo de sentar e conversar. [...] Uma

vez aí eu – a senhora viu aqui ó o crescimento dele, aí eu abri e ela – Valha eu não sabia nem que tinha esse crescimento no caderno, tão grosso.. Ah Dr. a letra é muito pequena e não sei o que, não dá tempo a gente nem se coçar e o que dirá ler a cadernetinha [...] só que não é todo mundo que tem né a paciência pra ler e o hábito de ler também [...] é uma coisa grande que você demora pra ler.[...] a gente tem que explicar realmente, tem umas que a gente precisa mudar o linguajar e explicar bem e fazer gestos pra poder ela entender. [...]eu acho que não é tão acessível o linguajar [...] é pra quem tem mesmo instrução, pra quem entende.(E2).

Alguns relatos dão conta da subutilização e a desvalorização da caderneta pelos usuários ocorrem em função do interesse das mães apenas pelas imunizações. Para as enfermeiras, as usuárias ainda têm cristalizada a antiga função do cartão da criança, que limitava sua prática ao acompanhamento antropométrico da criança e registro de imunização. Desta forma, sob a percepção destes profissionais, as usuárias não têm o hábito de utilizar a caderneta, pelo desinteresse e falta de importância que conferem a outros aspectos da saúde infantil abordados na caderneta. Sugerem que os usuários reproduzem a visão do modelo biomédico e da perspectiva curativa em sua busca pelos serviços de saúde. Em algumas falas, no entanto, o profissional deixa evidente a necessidade de estas usuárias terem um esclarecimento quanto à importância e uso da caderneta, para que isto seja incorporado como prática, sugerindo um componente educativo na atividade profissional.

[...] na prática muitas mães não olham, não leem assim como tem aquelas, a minoria que lê, que lê, que se interessa, vem pras consulta e que faz pergunta, mas a maioria, a grande maioria não lê, não olha e nem quer saber dessa caderneta, acha que a caderneta só é importante pra vacina a grande maioria. [...] também, acredito que é um reflexo né, é um reflexo do conhecimento delas porque eu acho que também reflete o que o antigo cartão de vacina era, o que ele era? Ele era um cartão voltado pra vacina e acompanhamento do peso da criança, só e como essa caderneta mais completa ela é recente, então eles também vão ter que aprender o jeito dessa nova caderneta e eles ainda não entendem e nem os profissionais, tem muitos profissionais que não entendem essa nova caderneta.(E3).

[...] mas, eu percebo aqui que elas pouco usufruem tá. Não se preocupam em ler, em ter aquelas informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, o gráfico do peso e da altura elas tão acompanhando porque agente no dia da consulta de puericultura agente mostra olha teu seu filho tá assim, tá com risco ou tá o peso normal e do mesmo jeito é o crescimento, mas, as informações que tem que ser lidas, elas pouco dão importância. A não ser a parte das vacinas e a parte das consultas né.(E5).

Segundo o último depoimento, o interesse ou contato com a caderneta ocorre no momento da consulta, onde o profissional registra os principais eventos, conforme julga necessário. Entendemos que a caderneta, na percepção de alguns profissionais enfermeiros, torna-se objeto da resistência dos usuários. As falas sugerem que, na prática, os trabalhadores da saúde se encontram incrédulos em relação ao fato de que mudanças podem ocorrer na população sob a motivação da caderneta, uma vez que não há exploração deste material por parte dos usuários.

A alusão à necessidade de informação para os usuários nos remete a Educação em Saúde. Frota et al. (2007), ao observarem a falta de orientação do profissional com relação à CSC, bem como a socialização dos registros realizados na caderneta com a família, dizem que todo contato com o usuário é um momento propício para o ensino, podendo o profissional de saúde utilizar das estratégias de Educação em Saúde.

Estes profissionais também sustentam suas percepções no fato de que não existe um interesse do usuário sobre questões que a caderneta aborda; destacam que estes sujeitos não questionam ou se interessam durante as consultas.

Eu acho que elas estão sempre mais preocupadas com a vacina. Mas assim, é interessante, algumas lêem, algumas vêm interrogar, indagar com agente, não aqui né. [...] Essas mães desejam essas carteiras pra pelo menos atualizar o cartão de vacina, eu pelo menos vejo assim, que elas vêm mais, elas guardam mais por causa da vacina, porque quando elas chegam no hospital o médico vai e olha e diz: - Ah o cartão tá atrasado mãe! Ai vai pra cima delas dando carão né [...] (E6).

Ah e nenhuma delas também chegaram pra mim e perguntaram: Ah o por quê disso aqui? Não. Então a minha dúvida é que elas não leem esse cartão. Acho que elas não leem como deveriam porque é um instrumento importante.(E7).

Frota et al. (2007) observaram que os profissionais avaliados, médicos e enfermeiros, não proferiam alguma orientação quanto aos seus registros realizados na CSC. Para os sujeitos do estudo, a caderneta era uma forma de registro e consulta para o profissional e seria perda de tempo tentar explicar, à medida que a população não saberia interpretar. Desta forma, a orientação sobre a consulta e o tratamento seria mais importante

Esta percepção relativa ao usuário, também é expressa pela categoria médica. Para os médicos do estudo, talvez o usuário não estivesse implicado no cuidado com o filho e o porte da caderneta está associado a uma forma de conduta imposta pelos serviços, uma vez que é condição para a consulta. As falas sugerem que, para os usuários, o trabalho de acompanhar o CD das crianças é uma responsabilidade somente do profissional, não querendo o usuário se envolver. Segundo alguns depoimentos, a caderneta não tem finalidade para esta população à medida que não consegue entender e compreender o seu conteúdo.

[...]e o que a gente tem visto é que não tem sido muito lida pelo próprio paciente né, acho que ele só traz aqui como uma maneira só de ter uma responsabilidade a mais, trazer pro médico pra mostrar, mas acompanhamento mesmo que faz é só pelo profissional em si. (M2).

[...] mas, a maioria não anda com o cartão, a maioria anda, quando ela vai pra consulta com o pediatra, ela sabe que tem que levar. Mas, pra gente, que agente num tem o dia a dia, se vem, ela vem pro posto, sabe que a pediatra tá de férias, se ela vem pro posto ela num traz não. [...] Tem muita coisa que é complicada pra elas

entenderem, num é a maioria que entende, umas ou outra que entende, mas, a maioria, não entende não.(M4).

Este profissional funda seu entendimento na associação de alguns elementos como a questão cultural caracterizada por uma falta de estímulo e interesse à leitura que caracteriza esta população.

por uma questão cultural, por uma questão cultural. As pessoas não leem e acho que a sedução gráfica já foi dada mas, a sedução e o envolvimento para ler e entender o seu conteúdo, dizendo de novo, é a imersão anterior a consulta que poderia ser dada como a Educação em Saúde tá? [...] Olha o nosso usuário, pelo perfil social e intelectual do nosso usuário cearense e nordestino ele é difícil. A parte que toca ele, não pela linguagem, mas, pelo interesse na leitura, entendeu? Na linguagem, me parece uma linguagem clara, sem maiores dificuldades para o entendimento, inclusive são bem divididos por faixa etária, por situações, mas, o interesse pela leitura[...] (M1).

Além disso, ante a situação socioeconômica da maioria das mães, o cuidado com o filho não aparece como primordial. As mães têm outras questões “mais importantes” e emergenciais para resolver. Desta forma, práticas como esta não estão no seu rol de prioridades. O discurso parece naturalizar esta situação, na qual o acesso aos serviços de saúde, bem como a exploração de tecnologias que permitam facilitar a vida e como aqui abordado, o CD infantil em todos os seus aspectos, não estão no alcance dos menos favorecidos.

[...] depende muito né como eu falei da orientação de cada um, tem umas que da sim com certeza pra compreender, mas depende da alfabetização e aí é uma questão cultural aí é questão socioeconômica também né, tem gente que não tem dinheiro nem pra comprar alimentação do dia e pra pegar um negócio desse e assim tem outras preocupações não que isso aí não seja importante né, mas tem coisa bem, a sobrevivência ta mais acima disso aí. (M2).

Na visão do profissional médico, esta situação se concretiza à medida que a população não consegue incorporar um conceito ampliado de saúde, em que os usuários pautam sua procura pelos serviços numa perspectiva assistencialista e curativa. Esta perspectiva, no entanto é constituída numa visão de culpabilização e responsabilização popular, como se as escolhas pelas ações de saúde, ou mesmo de outros setores da vida humana, fossem meramente individuais. Apesar de em alguns momentos considerarem a influencia das condições de vida sobre as práticas das população, a coerência de relatos no universo médico nos sugere que estas influências não são determinantes sobre a escolha dos indivíduos.

[...] a base da sedimentação moral, da sedimentação educacional, que resultam na melhoria da saúde, na melhoria de outros segmentos da sociedade, isso ai vai ser

cobrado logo, logo. Falta vontade, falta vontade pra tudo [...] Se uma sociedade tem como prioridade saúde e educação nó não teríamos um SUS dessa forma e não teríamos escolas que só tomam pintura no fim do ano e continuam as mesmas décadas e décadas. Então eu acho que ninguém lê isso daqui porque ninguém quer. Já perguntaram ao povo, já perguntaram ao povo daqui se eles querem PSF? Vocês já fizeram essa pergunta ao povo? Ou o povo vê o SUS como um grande plano de saúde, onde ele dita o que quer. É compreensível, é acessível e o interesse de não ler é porque o povo é senvergonha. (M1).

Até mesmo a puericultura é difícil de fazer aqui ou em todo lugar né, quando você faz, por exemplo, no primeiro ano de vida, no primeiro semestre tem que ser um acompanhamento mensal e pra você ter um acompanhamento mensal aqui é muito difícil, por dois, três meses a criança vem de vez em quando e aí a gente procura fazer o que é certo, procura orientar o retorno, mas é muito difícil fazer isso, então assim, eles não têm uma ideia, uma ideologia de que a criança tem que ser acompanhada não. (M2).

[...] tem a limitação de algumas mães que não tem interesse né [...] Às vezes eles não se interessam, é aquela coisa, um tipo de gente ainda muito assistencialista, ta entendendo? Quer que agente resolva a vida deles, o médico, o enfermeiro resolva o problemas deles [...] (M3).

Estas opiniões nos levam a dialogar com aspectos mais conservadores, ainda muito arraigados à prática profissional, da Promoção da Saúde. Como revisamos, a Promoção da Saúde perpassa a nossa política de saúde de modo geral e é utilizada como orientadora das práticas, especialmente na Atenção Básica. Vimos, também, que se trata de um campo pleno de interesses e concepções ideológicas de saúde, práticas e diferenciadas inserções dos vários sujeitos nas ações de saúde. Apesar dos esforços, em especial na América Latina, para que esta orientação seja pautada numa perspectiva da integralidade, da equidade, da participação popular, com a finalidade de reduzir as injustiças sociais; o modelo neoliberal de culpabilização e responsabilização do indivíduo por sua saúde e suas escolhas conseguem permear e cristalizar o modo de pensar a saúde.

Podemos arriscar a dizer que esta concepção médica se filia a esta corrente mais conservadora da Promoção da Saúde: “o povo não lê porque não quer”; “eles não tem assim uma ideologia”. Desta forma, o estilo de vida que enseja adoecimento ou morte seria uma contribuição da própria vítima para sua situação de saúde. Com isso, os indivíduos devem ser gestados a desenvolver procedimentos de autovigilância e práticas autodisciplinares. Nesta concepção, o cuidado, inicialmente pluralista dos quatro determinantes sobre a saúde pública, produziu ações centradas na mudança do estilo de vida, com culpabilização dos indivíduos e despolitização do problema, uma vez que o setor público encontra uma brecha para jogar para o nível individual somente uma ação que envolve, também, sua participação (FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Podemos ainda estender esta discussão, realizando uma interface com o paradigma biomédico, muito presente nas práticas e organizações em saúde, especialmente na Medicina. A Biomedicina, com seu foco biológico, movimenta tecnologias e investimentos maciços na cura das enfermidades, especialmente por meio de uma “medicalização” social. Desta forma, ao movimentar produtivamente o sistema e atender interesses de grupos minoritários, ratifica-se sob esta percepção conservadora da Promoção da Saúde que leva os profissionais a não conseguirem visualizar o paciente como um sujeito no processo e caricaturá-lo, ao mesmo tempo que incapaz como um objeto de procedimentos, sua inércia relativa a esta situação.

Para os médicos, um dos motivos que levam a usuária a não utilizar a caderneta está relacionado à falta de orientação. No seu discurso, as mães devem receber instruções de como manusear a caderneta, de evidenciar sua importância no cuidado à criança, para que, enfim, seja despertado desde uma implicação da usuária no processo como uma espécie de autonomia para fazer isso.

As pessoas em geral, para terem uma imersão nos instrumentos, nos documentos, nas coisas que requerem leitura, precisam aprender a manuseá-la certo? Eu não vejo na prática o ensino ao manuseio de documentos como esse tipo de caderneta, por isso duvido que haja uma leitura de toda ela porque a metade dela é de preenchimento profissional mas, o início dela traz diversas informações úteis as mães então, eu não vejo isso na prática sendo reforçado e duvido que elas por se só leiam, vasculhem ou tirem suas dúvidas acerca dos cuidados de uma criança.(M1).

Eu acho assim que é mais por, eu não sei, você tem que ter interesse, por exemplo, a criança e muitas vezes aqui há um motivo que já teve vários filhos e já passaram por muita coisa e que não tem tanto interesse assim de tá acompanhando o desenvolvimento e sim de comprar um alimento pro filho, de comprar uma medicação, de ir atrás de alguma coisa, então assim, e tem aquela questão também da forma como foi criado – ah que a alimentação era diferente, a questão na época era massas, era mingau e tudo e agora tem uma orientação totalmente diferente do que é pra ser, eu acho que é falta mesmo de alguém orientar mesmo né.”(M2).

Com efeito, os próprios profissionais evocam a participação do serviço neste processo sugerindo que a orientação seja um estopim para desencadear uma cascata de ações produtivas. L’Abbate (1994) e Smeke e Oliveira (2001) compreendem que todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo condição essencial para sua prática o seu reconhecimento como sujeito do processo educativo.

Chama-nos atenção, no entanto, o fato de que, nos discursos proferidos, a percepção que este profissional tem sobre este usuário pauta as estratégias que pensa para que estas orientações sejam realizadas. Adentramos, então, o terreno da Educação em Saúde, que,

sob uma perspectiva conservadora, também orienta a Promoção da Saúde, entendendo o homem como uma forma de depósito de informação nos moldes da educação bancária. Em alguns relatos, podemos entender que a profissional pensa que a sua ação educativa se restringe ao estímulo à leitura do material. Para estes profissionais, o fato de a mãe não demonstrar conhecimento sobre aquelas questões indica que não haja uma leitura deste instrumento, muito menos uma apropriação e compreensão do seu conteúdo.

[...] apesar do pessoal não ler muito, mas agente sempre orienta que leiam. [...] As informações repetitivas, as informações que tem aqui eles acabam perguntando novamente a mesma coisa. Coisas que se lessem, tariam a par o que tem, do desenvolvimento da criança, e elas acabam nem lendo isso aí eu acredito, pela experiência, que elas num chegam nem a ler, a não ser quando agente diz: -Olha leia aqui, papá... Ai elas acabam lendo.[...] então, a realidade não é essa não, a realidade é que o povo mal sabe ler ainda mais interpretar isso daí. (M5).

As análises realizadas com base na Educação Popular apontam para a leitura de que a Medicina não se dedica a compreender os saberes, estratégias e significados que as classes populares desenvolvem diante dos processos de adoecimento para, então, estruturar modos de agir que integrem o saber popular e os conhecimentos técnico-científicos (GOMES; MERHY, 2011).

Na perspectiva de Stotz (1993), o aspecto principal desta orientação reside na apropriação, pelos educadores – profissionais e técnicos em saúde – do conhecimento científico-técnico da Biomedicina sobre os problemas de saúde que são, a seguir, repassados como normas de conduta para as pessoas. As relações entre os problemas percebidos no nível individual e os de sua relação mais ampla e determinação ou condicionamento social não são facilmente percebidas e compreendidas. É evidente que a redução dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como consequência a possibilidade de culpabilizar a pessoa pelo seu sofrimento, possibilidade tanto maior quanto maiores as “evidências” da Medicina baseada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco.

O autor aponta pra o deslocamento da representação social da saúde do âmbito do direito para o de uma escolha individual. Neste projeto os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, gênero, etnia ou raça, ou seja, suas *diferenças*, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos, como deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos.

Algumas experiências, no entanto, já apontam para maior participação das mães neste processo, conseguindo-se constituir uma parceria no cuidado à criança, hajam vistas as possibilidades de ação no contexto em que estas mães se encontram. Ao analisarmos, cuidadosamente, estes relatos são gerados por profissionais que conseguem estabelecer um programa de puericultura mais estruturado nas unidades. Mais do que isso, entretanto, imprimem a sua prática um conjunto de tecnologias leves que permitem desde uma conquista dos usuários, conscientização da participação dele nos processos terapêuticos.

Conseguem compreender, aquelas que realmente assimilam as informações que a gente ao longo do tempo vai mostrando, elas fazem questão da consulta mensal [...] e a mãezinha é como eu lhe disse, ela briga pela consulta quando não tem naquele mês [...] ela vai vacinar, mas ela vem aqui né, muitas vezes ela vai e diz: - Olhe, eu vim eu aproveitei e pesei e eu trouxe aqui pra senhora ver, e aconteceu um problema, ele deixou de mamar mais depois que eu introduzi tal alimento, ele não aceitou aquele, ela começa a voltar a lhe dar as respostas.[...]então é um conjunto de atividades e de ações que ta envolvendo o filho dela e por isso ela volta. (E4).

“Eu acho que sim, eu acho que há de fato o entendimento e as que lêem entendem sim, e elas demonstram: - Olha dr ta fazendo seis meses, ela já ta sentando... Então, elas dizem o que realmente a criança já tem que fazer porque eu pergunto, como é que ela tá? Como é que fulana, como é que a criança tá fazendo? Ela já senta, ela já dá tchau, ela diz alguma palavra, ela já balbucia, elas falam mesmo e sabem mesmo que já ta naquela fase e perguntam: - Ah dr ela num ta sentando, como eu faço, como eu posso estimular? Mas são poucas, infelizmente são poucas.(E4).

[...] a procura delas é grande. Acho que sim né, acho que elas tem essa preocupação de fazer as orientações através da caderneta. [...] Eu acho que sim né, tem muita mãe curiosa né, tem muito pai que agente dá conselho na puericultura e esses eu vejo que podem ta lendo e até me pergunta aqui. [...] mas em parte agente observa até alguns cartões que vem foto do bebê, o pesinho do bebê, elas tem um cuidado maior e eu vejo que essas procuram ler direitinho.[...] As perguntas que elas fazem, elas sempre indagam alguma coisa né, que num entende direito né, sempre indaga. E eu observo, que elas ficam esperando, porque quando acaba o atendimento eu pergunto cada uma como é que ta né, então, eu vejo né, que elas ficam esperando minha indagação. Elas ficam, ai Dr. Como é que ta o gráfico? Melhorou? Piorou e tal... O peso ta bom? (E8).

Para estas profissionais, a participação da mãe é algo decisivo para que se possa perceber a efetividade das ações. À medida que o trabalho vai sendo desenvolvido, as usuárias vão se interessando e ganhando mais autonomia no cuidado com seus filhos com maiores possibilidades de observação do crescimento e do desenvolvimento. Conferem a este usuário uma característica de sujeito, com possibilidade de ação e de transformação.

Para Campos (2010), o sujeito interfere no mundo por meio da política, do trabalho e das práticas cotidianas. Busca conhecimento sobre si e o mundo pela interação com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos, considerando múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um. Entende-se, pois, a autonomia como a capacidade de o sujeito lidar com a sua rede de dependências. Os objetivos essenciais do trabalho em saúde

são a produção de saúde e a co-instituição de capacidades de reflexão e de atuação autônoma para os sujeitos envolvidos nestes processos: trabalhadores e usuários (MERHY, 2007; CAMPOS, 2010; CAMPOS; CAMPOS, 2010).

As vivências compartilhadas conosco nos permitem apontar para uma mudança de atitude e de olhar do profissional em relação a si e ao usuário, situando-os como sujeitos. Segundo Paulo Freire (1996), a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir. Freire (1996) diz que é preciso o educador ser capaz de, estando no mundo, saber-se nele.

Pinafo et al. (2011), refletindo os dizeres de Freire, observaram em seu estudo com enfermeiros que este trabalhador reconhece a importância da educação e se expressa nesse papel diante das situações vivenciadas, percebendo a educação em saúde nas suas atividades cotidianas.

Este reconhecimento permite ao profissional do nosso estudo incorporar uma posição dialógica com os usuários, no sentido do acolhimento, da responsabilização, para que haja compreensão das informações, por meio da fala, da escuta, da visão integral deste sujeito no processo de cuidado e na formação de projetos terapêuticos. Neste campo, a incorporação das tecnologias leves do cuidado permite o profissional visualizar o usuário como integrante do processo terapêutico com possibilidades de autonomia. Aqui usuários não são apenas depositários de informações; a prática educativa aufere outra conotação, abrindo espaço para a educação mais reflexiva diante da realidade (MERHY, 1998; 2007; GOMES; MERHY, 2011).

5.2.3 Limites e possibilidades percebidos pelos atores para o trabalho com a Caderneta de Saúde da Criança.

5.2.3.1 O discurso dos usuários

5.2.3.1.1 “Ser mãe exige tempo”

Dentre as limitações com relação à CSC, as usuárias indicam o tempo para utilizá-la como um dos principais entraves, inclusive presente em vários depoimentos. As mães particularizam os afazeres domésticos, como o cuidado com a casa e com os filhos como demasiadamente consumidores do seu tempo e esforço. Geralmente ficam cansadas, especialmente quando têm alguma atividade profissional, situação em que não conseguem conciliar as duas funções.

Não, porque assim eu lia essa só no comecinho, eu lia essa e a caderneta da gestante , porque eles dão a caderneta da gestante quando tá fazendo o pré-natal, mas eu lia só no começo também, mas é porque eu num tenho tempo mesmo, apesar de eu num trabalhar é muito corrido porque sou só eu com ela, aí é difícil né, quando ela dorme, em vez de eu sentar e ler aí eu vou fazer as coisas.[...] é porque eu num tenho tempo mesmo, eu pego mesmo é pra ir pro, eu num li assim não foi por falta de tempo, mas eu vou lê ainda. (U11).

Porque quando é o primeiro a pessoa tem tempo ainda né, o neném dorme aqui e você vai ali faz uma leiturazinha, faz alguma coisa, mas, depois quando é o segundo, tem tempo pra mais nada não, perturba demais, num sabe qual da conta. (U21).

[...] talvez não porque tem os afazeres de casa e não se ligam tanto, eu mesma normalmente num me ligo tanto em ler porque eu acabo mesmo esquecendo NE, só ligo quando o menino tá doente ou tá com a data perto da vacina que agente pega na caderneta, mas talvez quem num faz nada dentro de casa talvez consegue.(U31).

Muitas vezes a mãe se obriga a trabalhar porque só o homem não da conta da casa, da responsabilidade financeira e aí o filho fica com outra pessoa e outras pessoas ela não tem a mesma dedicação que uma mãe tem não pra ta acompanhando o filho não, aí eu acho que dentro disso se torna o desinteresse, não é nem desinteresse é o tempo, que a mãe não ta dando tempo pra ta vendo o melhor pro teus filho, passa o dia trabalhando e outra pessoa fica responsável, a outra pessoa não vai ter o interesse de ta lendo pra ta avaliando as situações com a criança e pronto e vai passando e vai deixando pra lá[...] (U141).

[...] quer dizer, eu não terminei, mas falta pouco pra ler, eu não li mesmo por falta de tempo, mas eu li bastante. (U61).

Corroborando as situações anteriores, estas usuárias relatam mais tempo durante o período do “resguardo”, quando a maioria se volta integralmente para a criança nos primeiros meses de vida. Neste intervalo, conseguem ter uma aproximação com a caderneta e, à medida que os interesses e dúvidas vão surgindo, o instrumento se torna uma fonte de informação. O “resguardo” refere-se ao puerpério, designado pelo Ministério da Saúde como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e o parto no organismo, retornam ao estado pré-gravídico.

Este período é caracterizado por mudança para a família, sendo a mulher o principal sujeito a vivenciar essas transformações. Assim, é comum a expressão de muitos sentimentos e ações pelas puerperas, destacando-se o surgimento de dúvidas, adoção de

práticas incorretas para o autocuidado e cuidado do RN, adaptação à maternidade de formas diversas no contexto familiar (SANTANA et al., 2011).

Em estudo realizado em Fortaleza, Lima (2009) verificou que a maioria das crianças estava sob cuidados maternos, salvo em algumas situações em que podiam contar com o apoio do pai e/ou da avó da criança. Essa era uma situação esperada, uma vez que recai sobre a mulher/ mãe o maior peso na responsabilidade pelo cuidado com os filhos.

Se, por um lado, o cuidado à criança está como uma responsabilidade da família, Figueiredo (2010), ao avaliar as experiências de famílias com a vacinação, observou que, no que se refere aos cuidados de modo geral, existe uma queixa com relação ao tempo, pautando-se como uma responsabilidade árdua e trabalhosa que demanda tempo e dedicação. Em outros estudos (FRANCHISING, 2005; MELO, 1998) estes aspectos foram abordados evidenciando o desafio das mães no dia a dia e a importância que o profissional de saúde passa a ter neste contexto, com o objetivo de apoiar e acolher estas famílias.

[...] porque é difícil ser mãe viu, se for uma mãe de se dedicar, de acompanhar, de ta com o seu filho, de ta dando a comida na boca, o filho não quer e você faz a sua maneira de se doar mesmo é difícil, porque eu me doou pra ela, mas não é toda mãe que quer só ficar em casa cuidando do seu filho não. (U14III).

5.2.3.1.2 A falta de estímulo e orientação nos serviços

Algumas usuárias apontam, também, para a falta de informação presente nos serviços de saúde. Referem não haver uma orientação relativa aos procedimentos e tecnologias utilizadas. Expressam uma sensação de impotência, uma vez que os profissionais de saúde são detentores do conhecimento técnico-científico. Dizem que, talvez, se houvesse um estímulo maior por parte do serviço em trabalhar a caderneta e estar sempre estimulando as mães a participarem deste processo, houvesse maior interesse por parte desse grupo.

A gente fica sem saber de nada, fazem as coisas com agente e agente num sabe nem o que tá acontecendo, pro que serve, agente fica perdidinha e dá é medo de ser uma coisa grave [...] Ah, eu acho errado né [...] porque eu dependo dele, eu fico só com ela ai num dá tempo de fazer nada, de ler nem meus livros quanto mais a caderneta. Ai lá, era o momento delas incentivar isso. [...] porque tem coisa que tem na caderneta que agente num sabe, tem um negócio ai enorme que eu num sei nem o que é e já era pra elas ir dizendo num é o que é, como é. Ah, até o gráfico dela mesmo eu num sei como e que funciona, lá tem um monte de número que[...] (U1III).

É porque não tem nenhuma orientação nenhuma, não tem orientação e eu canso de ver a mãe falando assim [...] (U6I).

[...] tem muita gente que só leva ao posto, vacina e normalmente guarda. [...] Talvez por falta de atenção, não teve a curiosidade de abrir e olhar. [...] porque tem muita

gente que praticamente só usa ela, num abre, num lê, muitas vezes tem preguiça e o tempo é curto, aí precisa de um incentivo. Eu creio, no meu ponto de vista seria muito importante ser trabalhado. (U10VPAI).

Em algumas falas, relatam que esse *feedback*, por meio do estímulo gerado nos serviços, é importante para o entendimento de muitas questões que a caderneta envolve, como os gráficos e a própria percepção que o usuário tem da caderneta. Como discutimos anteriormente, alguns profissionais verbalizaram que, nas suas percepções, a falta de orientação surge como um distanciamento do usuário em relação à caderneta.

Observamos que o usuário ainda é visto como um receptor passivo de informações, excluindo uma posição dialógica entre o usuário e o serviço. Falta legitimação da CSC como instrumento de orientação ao usuário. Em muitas falas, e nas próprias observações, os profissionais sempre orientam a usuária quanto aos cuidados gerais para a criança, no entanto, não há uma referência à CSC, oferecendo à mãe a possibilidade de cuidado por meio desta.

Alves e Aerts (2011) destacam que as equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Na concepção desses autores, deve haver uma intencionalidade comunicacional com fundamental ocorrência da escuta, da observação e a interação das pessoas. Desta forma, seria imprescindível a disponibilidade interna do trabalhador, com suporte em uma ação intencional, orientada por um interesse concreto. Com a troca de informações, crenças e valores, pode haver acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida.

Estudos mostram na prática que ainda permanece a busca pelo modelo assistencial de atenção à saúde, centrado no atendimento médico e de procedimentos, predominando uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se preferencialmente para ações curativas. Esse modelo destaca-se como fator que interfere para a não se efetuar a Educação em Saúde no sentido da Promoção da Saúde com a participação ativa da população (JESUS et al., 2008; SILVA et al., 2006).

5.2.3.1.3 O acesso aos serviços de saúde

Outro aspecto evidenciado pelas usuárias relaciona-se ao acesso aos serviços de saúde: falta da puericultura em algumas unidades. A ausência desse serviço em algumas equipes, restringe ainda mais o contato da usuária com a caderneta. A mãe sente falta do acompanhamento realizado pelo profissional à medida que lhe confere segurança a respeito da saúde do seu filho.

[...] ai no posto também não faz, eu procurei ai a moça disse que não fazia, ai não fazia e não fez mesmo não. Tanto é que o lugar que onde tem pra fazer a medição, o peso e tudo é tudo em branco, num tem nada escrito, só tem mesmo onde o lugar das vacina, das campanha que eles tão com as vacina tudo em dia mas onde é o acompanhamento num tem nada escrito. [...]seria bom se ele tivesse o acompanhamento, seria bom. (U2II).

[...] agora o que eu acho que lá do posto que não me agrada muito é quanto o atendimento de criança, quando você chega a criança só é atendida se tiver gravemente ou com a febre muito alta ou se tiver muito cansada, eu acho isso muito errado porque deveria, às vezes a criança ta cansada, mas só que não ta muito, mas quando chega em casa ela já cansa mais né por que? Porque não teve o atendimento lá, aí volta, é igual nas unidade de saúde de hospital mesmo e deveria ter mais atenção e muitas criança morre por causa disso né. (U8V).

A ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil e é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção (CORSO et al., 1996). Um dos motivos pelos quais a ESF foi criada, está o de permitir o acesso da população aos serviços de saúde (PRADO; FUJIMON; CIANCIARULLO, 2007). Essas ações devem estar na dimensão da vigilância em saúde da criança, com atuação integral do profissional, e a ideia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, seja na prevenção, promoção e/ou assistência, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) na atenção à criança (BRASIL, 2004).

Figueiredo (2011) destaca a ideia de que o acompanhamento do CD da criança permite o estabelecimento de relações entre famílias e trabalhadores de saúde. Observou em seu trabalho que as famílias percebem ao logo do tempo o que esperar daquele serviço, assim como vão se conhecendo. As relações entre famílias e trabalhadores poderão facilitar ou dificultar as buscas para o entendimento das necessidades nos serviços de saúde; em geral, dependerá da capacidade da equipe em lidar com as necessidades emergentes da população.

Lara (2009) destaca que a oferta do serviço está no âmbito do atendimento dos direitos vinculados na caderneta, que dizem respeito a diferentes aspectos da vida humana.

Uma vez que a mãe não consegue ter acesso ao serviço porque ele não é ofertado, o seu direito está sendo negado. Alguns estudos apontam para uma defasagem da cobertura do serviço de puericultura, no entanto, nestes casos, esta situação se faz em razão da baixa adesão das usuárias ao programa (ASSIS et al., 2011; LIMA, 2009; VITOLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

5.2.3.1.4 O campo escasso das tecnologias leves

O modo como os usuários são tratados influencia na sua busca pelo serviço e na confiança estabelecida (FERRRI et al, 2007). Para as usuárias, “o trato” e a comunicação estabelecida definem padrão de qualidade, revelam que, quando são destratadas, não têm mais vontade de procurar o serviço, o que pode influenciar no seu estado de saúde. Ficou claro que um dos componentes fundamentais para que o usuário permita ou busque um projeto terapêutico é o modo como é recebido pelo serviço. O campo relacional aí instituído é definidor para a qualidade da consulta na perspectiva do usuário, bem como a inserção deste sujeito no processo. Em categorias anteriores, discutimos algumas queixas com relação a profissionais específicos. Nestes relatos, observamos que a insatisfação se mostra com relação a vários profissionais da unidade.

[...] mas tem outras da vacinação que além dela tratar mal [...] já vem estressada e desconta na gente né, [...] Outra vez a minha amiga foi vacinar a filha dela e ela disse: -Mulher ela com quatro vacina atrasada, aí ela foi sim, eu vou dá a que ta em campanha, eu não vou ta atrás de olhar em cartão as vacina que ta atrasada não porque a mãe é você, você é que tem que olhar direitinho as vacina da sua filha que ta atrasada. E a gente já vai pra ali e a gente já é um pouco carente e a gente já precisa da bondade delas e ainda somo tratada mal. [...]eu ali tiro nos dedo as pessoa que trata a gente bem ali [...] mas essas outra quando ta lá eu não vacinava não, teve duas vezes que eu voltei porque ela tava lá e eu disse eu não vou não porque toda vida que ela ta eu não vacino ela não e ela não olha o cartão dela direito.[...] o pessoal lá do atendimento, lá do peso pra gente ir pra consulta, [...] ela é altamente estressada, ignorante no último. [...]aí eu acho falta de respeito.[...] Eu tava dizendo, se ela não fosse tão doente não dava injeção nela de jeito nenhum nem noutra posto, porque da vacinação até uma consulta tudo é difícil, porque eu brigo lá desde quando eu tava grávida [...] (U7V).

É porque aquele posto, num é falando mal não porque agente precisa muito do posto né, quando agente chega ali agente fica que nem uma barata tonta, ninguém diz nada, ninguém explica nada precisa agente o tempo todo perguntando, perguntando, perguntando, porque senão ninguém explica nada. Ai eles foram, anotaram a vacina da menina e entregaram o livrinho e só (U16III).

Franco e Merhy (1999) admitem que todo atendimento é constituído de relações intercessoras de profissionais com usuários. Esses autores destacam que estas relações já começam a ser constituídas desde a entrada do usuário no serviço. “Olhando esses momentos – pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde – são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa”. (P. 346).

Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – como trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escuta e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento.

5.2.3.1.5 Entre gráficos e vivências

Outro aspecto citado pelas usuárias foi a presença das curvas de crescimento, configurando-se como estruturas que chamam bastante atenção destas mães, haja vista a parte mais evidenciada e usada pelo serviço, apesar de grande parte relatar não entender.

Não, eu abro e olho, mas eu num entendo nada, os gráficos e um monte de numerozinho lá que eu num entendi ainda. [...]acho até bem explicada, só aparte dos gráficos que eu num entendo muito, mas das palavras eu acho bem explicada.(U1II).

[...] ta aqui eles fazem o registro, mas eu num entendo muito bem não, mais ou menos. Ela explicou, essa parte de baixo é idade né e aqui é o peso e se tiver abaixo do preto ai tá desnutrido e a medida que vai aumentando né vai indo bem, mas eu ainda acho complicado. Tá aqui cinco meses, com cinco meses, não, eu ainda não entendo, eu acho complicado. Essa parte aqui da frente a leitura é bem agradável, da vontade da gente querer mais e mais e buscar mais, eu gostei, vem orientando sobre a alimentação da criança, o desenvolvimento, as vacinas. (U3II).

Vale ressaltar que a antropometria é a técnica mais universalmente aplicada para avaliar o tamanho, e representa um indicador de crescimento e risco nutricional. Pela sua capacidade de monitorar saúde e crescimento, tem lugar de destaque na Saúde Pública, especialmente no caso de países em desenvolvimento. A utilização de medidas antropométricas, entretanto, pode diferir significativamente, de acordo com o objeto de estudo, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, e deve ser complementada por

outras informações de saúde, nutrição, culturais, socioeconômicas e demográficas (VICTORA; CORA; ARAÚJO, 2007)

Temos acompanhado no mundo inteiro modificações no padrão de crescimento e a emergência da obesidade. Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade. Estes agravos, no entanto, continuam a coexistir, ainda que a desnutrição atinja grupos populacionais mais delimitados, representando situação de enorme gravidade social, pois expõe os indivíduos a maior risco de adoecer e morrer (BATISTA; RISSIN, 2003).

Neste âmbito, organizações como a OMS e governos atenta para a participação dos pais no monitoramento do estado nutricional dos seus filhos. Uma das ferramentas atualmente utilizadas são os gráficos de crescimento. No Brasil, a caderneta reuniu estes parâmetros de acompanhamento e, dentro de sua proposta, pretende ser um veículo para o diálogo entre o serviço e os usuários (BEM-JOSEPH; DOWSHEN; IZEMBERG, 2009).

Alguns estudos internacionais, todavia, apontam para dificuldades que os pais têm no entendimento e compreensão dos gráficos (BEM-JOSEPH; DOWSHEN; IZEMBERG, 2009; SULLIVAN et al., 20011). Sullivan et al. (2011) observaram que um numero significativo dos pais não recebeu alguma orientação sobre os gráficos nos atendimentos de saúde e que estes pais não se achavam confiantes na sua interpretação. No mesmo estudo, os autores observaram grande discrepância entre o estado nutricional da criança e a percepção destes pais. Outros trabalhos vêm mostrando que, geralmente, os pais tendem a subestimar o estado nutricional dos seus filhos, evidenciando aspectos culturais envolvidos (TENÓRIO; CABAYASHI, 2011).

Sullivan et al. (2011) atentam para o fato de que frente estas dificuldades que alguns pais têm de usar referenciais técnico-científicos, associados a falta de orientação nos serviços, baseiam-se nos aspectos culturais, vivenciais e do senso comum para acompanhar o crescimento infantil. Os autores chamam atenção para a necessidade de compreensão deste conjunto cultural e empírico, uma vez que estão fortemente associados ao ganho de peso e à obesidade infantil (SULLIVAN et al; 2011).

Observamos, então, em alguns discursos o modo como as usuárias lançam estratégias para tentar se apropriar da situação de saúde dos filhos, como a diferenciação por cores, o acompanhamento das linhas das curvas “se sobe”, “se desce”.

Ah porque esse negócio de contar, esse negócio de matemática eu não gosto não, não é comigo não, eu não entendo e só fico prestando atenção e elas lá não tem lá olhando, eu não deixo de olhar, fico só olhando e assim, por exemplo, se tiver baixando é porque não ta nada certo, se tiver subindo demais também não ta nada certo, tem que ir conforme seja o número da idade aí eu fico só prestando atenção elas botando e eu olhando, aí se alguma coisa subir demais ou descer demais é claro que eu vou entender.(U6I).

Por elas assim, elas dizem que o vermelho é a altura ideal e o preto é quando não ta normal, entendeu, mas eu acho que é daqui pra cá, aqui já é outra coisa, eu não entendo muito bem não. (U8V).

Oliveira et al (2007) destacam a noção de que do outro lado dos serviços de saúde, estão sujeitos dotados de saberes, experiências e vivências próprias, que elaboram ativamente diversos significados perante as mensagens, e que buscam auxílio para algum comprometimento. Os autores referem-se a algumas dificuldades com relação aos materiais educativos usados na saúde, uma vez que não levam em consideração esta assimetria, podendo comprometer a interação e o diálogo entre profissionais e população. Como consequência, ocorrem défices comunicativos entre a população e os profissionais e destacam para o cuidado destes materiais não se limitar a uma extensão do discurso médico hegemônico dirigido aos pacientes

5.2.3.2 *O discurso dos Profissionais*

5.2.3.2.1 Qual profissional é responsável pelo manuseio da caderneta?

Uma das limitações percebidas pelos enfermeiros refere-se à subutilização da caderneta por outras categorias profissionais, ficando esta ação restrita à Enfermagem. Nos relatos, entendemos que a própria participação de profissionais do serviço na cooperação mútua e olhar integral sobre a criança deixam a desejar.

[...] a gente deveria ser exatamente uma equipe multidisciplinar né [...]essa parte da promoção de saúde com os profissionais colegas médicos, eu não acredito[...] se ele não for um pediatra ele não faz, ele deixa ao cargo da enfermeira. [...]é promoção, puericultura é promoção de saúde né e você trabalhar com promoção você tem que trabalhar com várias ferramentas que é o seu poder de barganha né, de convencimento, de apoio aquela família né e não é só, e a família como todo, muitas vezes você tem que na consulta dizer ah, mas a minha mãe diz que não é bom né [...]a sua ética, do seu profissionalismo [...]mas em algumas categorias profissionais isso não se tornou principalmente ao médico que prendeu quarenta horas na unidade isso é o tópico, eles jamais o farão, eles trabalharão por menos horas porque alguns momentos eles tão em outras atividades e a formação deles, [...] (E4).

porque aqui a caderneta de criança é usada pela enfermagem, caderneta de criança é pra consulta só com o enfermeiro, somente. [...] Eu acredito que eles achem que não seja importante [...] Por que é só a enfermeira? Por que o médico num olha? Por que o dentista num olha? Por que as outras categorias num avaliam né?(E5).

A caderneta, segundo o enfermeiro, deveria chamar para o cuidado diversos profissionais de saúde, uma vez que as questões abordadas no material exigem abordagem multiprofissional. Alguns profissionais relatam não destringir e aprofundar algumas questões por não sentirem segurança com assuntos de competência profissional de outra categoria. Na percepção destes profissionais, este diálogo só poderá ser travado com a família, partindo de um diálogo estabelecido dentro do serviço.

O trabalho multiprofissional põe-se como um dos grandes desafios para o PSF (ALMEIDA E MISHIMA, 2001). Sob este modelo, o trabalho em saúde, para ser coletivo e complexo, não prescinde do trabalho em equipe integrado. Isto significa conectar diferentes processos de trabalho, por meio do reconhecimento e valorização da participação do trabalho do outro na produção de cuidados. Exige consensos quanto a objetivos, resultados e estratégias por meio das interações dos agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO *et al.* 2004). Assim, Schraiber *et al.* (1999) assumem que a mera locação de recursos humanos de variadas áreas profissionais no mesmo local de trabalho não é suficiente para garantir a atenção integral.

Os profissionais, ao narrarem tais opiniões, vão apresentando questões mais complexas, como a falta de comunicação entre os níveis de atenção. A maternidade é um dos locais de distribuição e primeiro contato da usuária com a caderneta. Alguns profissionais revelam que, geralmente, os dados de nascimento e primeiros registros das crianças não são preenchidos das maternidades.

[...] por exemplo, essa parte aqui da gravidez e nascimento isso aqui não vem nada da maternidade né, não vem da maternidade e muitas vezes a mãe não tem esses dados [...] aí vai ficar sempre em branco.(E3).

Estudos anteriores já apontavam para uma subutilização tanto do antigo cartão da criança como da caderneta de saúde da criança, evidenciando maiores sub-registros nos dados de preenchimento relacionados ao Apgar (VIEIRA *et al.*, 2005), peso ao nascer (RATIS; BATISTA FILHO; 2004) e registro completo dos dados de nascimento (FIGUEIRAS *et al.*, 2001). Goular *et al.* (2005) observaram a precariedade de preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Esses autores encontraram associação significativa entre o não reconhecimento da mãe das funções da CSC e o não recebimento de informações sobre o

material nas maternidades. Mais recentemente, Alves et al (2009) observaram que a maioria das mães que possuíam a caderneta não receberam alguma orientação sobre esta nas maternidades.

Alves et al (2009) exprimem que a caderneta, em sua nova proposta, trouxe consigo novas concepções e formas de abordagens no serviço que não devem ser desprezadas em qualquer análise. Sobre isso, entendem que toda mudança exige tempo e sensibilização para que possam ser incorporadas e significativas nos serviços. Por outro lado, a qualidade dos registros na caderneta podem denotar o funcionamento dos serviços e o desempenho de profissionais.

5.2.3.2.2 Falta de capacitação

Outro ponto abordado pelos profissionais de saúde diz respeito à falta de capacitação, reciclagem e a valorização que o profissional está submetido. Suas falas revelam que nunca houve qualquer capacitação ou informação para o trabalho com a caderneta. Questionam o modo como o próprio conhecimento e tecnologias são impostos no processo de trabalho, sem considerar a possibilidade de trabalho técnico deste profissional. Tais possibilidades não se limitam apenas ao conhecimento técnico-científico com relação à caderneta, mas, também, a própria capacidade estrutural de operar como recursos humanos, materiais, capacidade gerencial etc.

Ainda dizem como esta falta de investimento no profissional enseja desestímulo, à medida que não se sentem valorizados e convidados a participar do planejamento das ações que eles mesmos executam. Para os profissionais, a leitura desta situação, sugere certo desinteresse da gestão de como estes profissionais operam. Com efeito, produz um ciclo vicioso de reclamações em cada nível da assistência, no qual uma esfera joga para a outra o problema.

[...] Então, ela nunca foi repassada de forma clara pros profissionais, ela nunca foi. Como é que eu vou fazer? Eu vou seguir essa logica que ta aqui? Como que é pra eu profissional agir? Eu tenho que seguir essa lógica que ta aqui e começar a orientar a família pela lógica que ta aqui, pela continuidade que tem a caderneta ou posso ir aleatoriamente? [...] São parâmetros novos né. [...] Então, são essas coisas, pequenas coisas que ficam muito vagas [...] elas tem que ficar acima de tudo claras [...]. (E3).

O enfermeiro ele não é mais chamado pra treinamento, ele não é mais chamado pra implantar uma determinada estratégia ele não é mais e isso é uma realidade, eles chamam qualquer outro profissional que tiver disponível na unidade menos o

profissional enfermeiro e médico, porque eles entendem que é melhor o profissional estar na unidade trabalhando, isso é uma realidade nacional, eu acredito. (E3).

Eu acho que pra tudo, tem que ter um treinamento, uma orientação. Porque por mais que você ache fácil, sempre vai ter alguma dificuldadezinha, a questão do treinamento em si é importante. (E8).

Andrade (2011) aponta que, em razão de novos enfoques operacionais exigidos pela caderneta, após sua reformulação, os profissionais e a família passaram a contar com um conjunto de dados e informações em único instrumento. No que se refere a trabalhar com estes enfoques nos contornos da vigilância, prevenção e Promoção da Saúde, muitos, até então, são pouco discutidos e trabalhados nos espaços de produção dos cuidados primários à saúde da criança.

Conforme revisamos, a caderneta, desde sua primeira versão em 1984 (PAISC), passou por várias reformulações, com alterações de suas referências para o CD infantil. Atualmente incorporou outras curvas de crescimento da OMS (2006/2007), atribuindo também novos parâmetros, como PC, PA infantil etc. Além disso, engloba uma série de cuidados que fogem do escopo biológico, exigindo do profissional uma amplitude do olhar e uma posição multiprofissional. Com todas essas modificações, todavia, não foi oferecida nenhuma capacitação ou treinamento para que os profissionais se familiarizassem com esta nova proposta e uma outra possibilidade de trabalho para os profissionais estudados.

Alguns estudos internacionais apontam para dificuldades e resistência que profissionais de saúde ainda encontram para utilizar as novas referências, como o PC e os percentis. Além disso, o IMC é pouco utilizado nesses serviços (ONIS; WIJNHOFEN; ONYANGO, 2004). Esses estudos sugerem ainda uma resistência do profissional ainda habituado a antigos parâmetros. Alves et al. (2009) chamam atenção para a pequena quantidade de cadernetas em que os gráficos foram utilizados adequadamente. Em consonância, Andrade (2011) observou no grupo de profissionais avaliados que nenhum havia recebido qualquer capacitação com respeito à caderneta, bem como os seus discursos revelaram certa insegurança e confusão no uso destas novas referências. Neste panorama, assim como em nosso estudo, os profissionais sugerem e necessitam de capacitações e estímulo para o trabalho com a caderneta.

5.2.3.2.3 Falta continuidade nas ações em saúde

A própria falta da caderneta também foi apontada como limitação para o trabalho. Evidentemente, se não há, como utilizá-la? Em nossas observações, notamos que a caderneta

falta nas unidades de saúde; em todas do nosso estudo. Não existe uma definição de quando este quadro possa mudar, uma vez que não há uma comunicação efetiva entre os níveis da gestão. Em nosso estudo, observamos haver unidade que não recebia a caderneta há pelo menos nove meses.

Agora tá faltando muito que não tem, eles tão usando o cartão espelho que só tem a parte da vacina, num tem mais nada, um tem nenhuma orientação, só a identificação da criança e a vacina mesmo. Num tá sendo bom não porque agente sente falta, dificulta o trabalho na puericultura, as mães perguntam, cobram. Num tem como mais agente mostrar pra elas como tá a curva de crescimento, o desenvolvimento, o perímetro cefálico, como é que tá tudo isso no bebê dela e num tem como fazer as observações que ali agente podia fazer. O que agente tá fazendo é dar a orientação sobre a vacina e dando as orientações verbalmente, algumas coisas acaba até esquecendo e fica difícil pra elas também, pra compreensão. (E5).

[...]Ai na falta da caderneta, agente tá correndo pra que, pro espelho. Ai agente só tá acompanhando a parte da vacina. Não dá pra tá acompanhando a criança como um todo, entendeu?(E6).

[...]um dos grandes problemas é esse, que ela foi desenvolvida e não tá tendo a continuidade pra toda criança que procura a unidade de saúde. Ai fica um pouquinho difícil de se trabalhar, porque é um norte aquela carteira pra gente né [...] eu pelo menos, me baseio muito nela e ai quando chega uma criança que ainda não tem a carteira eu fico um pouco ainda assim meio perdida em relação a isso [...] (E8).

O Ministério da Saúde comprometeu-se a disponibilizar as cadernetas para todos os municípios, tornando-a acessível em todas as maternidades a partir de 2005, reconhecendo-a como instrumento fundamental para a vigilância à saúde das crianças brasileiras (BRASIL, 2005b). Com base em resultados semelhantes, no entanto, Andrade (2011) evidenciou em seu trabalho que a caderneta não foi distribuída por um longo período, entre 2009-2010, em todo país.

Os profissionais aqui estudados exprimem como esta falta de continuidade das ações e de recursos materiais compromete o trabalho. Relatam que, além do acompanhamento do CD pelas referências, sentem falta das orientações para que possa ser trabalhada junto às mães. O quadro é preocupante, uma vez que vimos como as mães sentem dúvidas com relação aos aspectos da maternidade. Além disso, todo um avanço no sentido de se tentar despertar no profissional e usuário um espaço dialógico, baseado em de um olhar integral sobre a saúde infantil, se perde quando o profissional relata que este instrumento serve de guia e orientação para sua prática no atendimento.

Para os profissionais, há uma queda no rendimento qualitativo do serviço de puericultura, ratificado, ainda mais, pelo uso de instrumentos antigos, com referências não mais recomendadas, o que confere certa insegurança ao profissional na sua avaliação. Além disso, relatam que a falta do componente educativo tem muito impacto sobre o próprio

comportamento da mãe, que limita a sua percepção em relação aos cuidados com a criança, valorizando apenas as atividades antropométricas e de imunização.

5.2.3.2.4 Percepção “medicalizada” da comunidade

Para alguns profissionais, a percepção que a usuária tem sobre o serviço, pautada ainda numa concepção “medicalizada” e biomédica, interfere no seu comportamento com relação aos serviços ofertados. Referem certa dificuldade destas mães de adesão à puericultura e na importância por elas dedicadas às ações de prevenção e Promoção à Saúde, como o trabalho com a caderneta. Como nas unidades avaliadas a puericultura constitui um dos principais momentos de uso da caderneta, à medida que estas mães faltam e não dão continuidade, este trabalho se torna inviável. As enfermeiras referem que a maioria das mães prefere a consulta médica, uma vez que não tem tanta importância a puericultura em virtude da presença do pediatra na unidade.

Ah aqui eu não sei nem te informar, porque assim, a gente dispõe as vagas o agente de saúde da a vaga pra pessoa e a pessoa não precisa nem vim marcar e dá uma vaga e a pessoa não vem [...] na verdade eles ainda querem só aquela consultinha de médico pra quando ta doente, com o pediatra. (E1).

então na cabeça da mãe ela entende que é melhor ela levar pro pediatra, então naquele mês que ela leva pro pediatra ela não vem pra enfermeira né, então assim, ela entende na cabeça dela que claro, que ela acha que é melhor o pediatra por N motivos, que o pediatra encaminha, porque o pediatra também passa remédio de verme, porque o pediatra examina[...] é toda uma questão cultural né, o médico no centro das atenções principalmente sendo um especialista [...] e além delas não entenderem muito a estratégia saúde da família. (E3).

[...]Na cabeça delas adoeceu, tem que vir pro pediatra, então, fica difícil agente fazer esse acompanhamento porque elas só trazem a criança quando elas estão doentes ou com algum problema. (E6).

Lima (2009) observou que, em Fortaleza, 72,6% das consultas infantis são realizadas sem agendamento, sugerindo falha na rotina de acompanhamento das crianças. Vitolo et al. (2010) observaram que mais de 50% das crianças não foram acompanhadas de forma regular no primeiro ano de vida nas unidades de atenção primária de saúde em São Leopoldo. Este quadro sugere respaldo para os relatos dos profissionais quanto à dificuldade de adesão destas mães ao serviço de puericultura.

Também, esta, foi uma limitação percebida pela categoria médica, ratificando a dificuldade que tem com que as mães sigam o programa de puericultura. Na percepção desses profissionais, a mãe não valoriza e não consegue perceber que ações como acompanhamento infantil possam ser significativas no processo de saúde-doença. A saúde é tida apenas como a

cura da doença, e as ações de saúde se materializam no imaginário destas mães na cura da gripe, no acesso ao medicamento, no exame realizado etc.

[...]porque ele acha que tudo é tratar e nunca prevenir e não ta interessado se a criança vai evoluir e só quando ta com problema mesmo e essa é a principal parte que o paciente não quer ser acompanhado preventivamente e não vai se deslocar de casa pro posto às vezes lotado pra fazer uma consulta e pra saber que o filho dele ta bem, que ta mamando e que ta tudo que é importante porque às vezes tem coisas que ele não vê né, só o médico que vê, essa é a principal parte [...] é a mais importante ainda essa questão do paciente que não volta. (M2).

[...] achar que o remédio que resolve, a consulta que resolve, o exame que resolve, eu acho um problema educacional, então, não tem o entendimento que a prevenção é importante, que o acompanhamento da criança até um ano de vida, acho que muitas mães não valorizam a puericultura, acho que pensa assim, O menino num ta doente, num vai tomar remédio, pra quê que eu vou levar no posto? Isso pra mim é uma deficiência de cultura mesmo, é uma ignorância no bom sentido da palavra, não por ser um grosso ou um bruto, mas, por ser uma pessoa que desconhece aquilo dali. (M3).

Alguns estudos apontam a tentativa de médicos, principalmente os com residência em Medicina em Saúde da Família, em substituir as práticas convencionais de assistência à saúde por práticas centradas na vigilância à saúde, ações nem sempre possíveis e tampouco bem aceitas pela população (MACIEL et al., 2007).

Para Araújo e Rocha (2006), historicamente, antes da implantação da ESF, na organização do processo de trabalho no interior de cada unidade de saúde, predominava a hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos. Tal contexto levou grande parte da população a obter uma visão do sistema de saúde centrado no profissional médico como o único responsável pela assistência. Essa percepção, apesar dos avanços do SUS/ESF, ainda hoje permeia o imaginário da população, que cotidianamente reivindica como solução dos problemas de acesso e organização dos serviços a consulta médica tradicional e individual.

5.2.3.2.5 As dificuldades estruturais da ESF

As dificuldades estruturais e de recursos humanos e materiais foram recorrentes nas falas destes profissionais.

Eu não diria dificuldade na utilização do instrumento, eu diria que o tempo demandado, se o médico ele tem trinta crianças pra avaliar ele não fazer esse gráfico do desenvolvimento nas trinta crianças[...]a maioria das vezes vem doente também e precisa de uma ausculta, precisa de uma conduta, encaminhamento que é feito no sistema, de prontuário, então assim, são várias coisas que tem que ser feita com uma criança que isso aqui se torna inviável né. (E3).

[...] pela falta de médico [...] Aqui no momento a gente tá com duas equipes incompletas né e fica difícil porque é muita gente doente procurando a unidade [...] Porque no papel é muito bonito né só que no papel funciona todos os postos, todas as áreas.(E2).

[...] é que fica difícil você modificar essa larga pirâmide da atenção básica que sustenta tudo e que as pessoas ainda ficam na dependência da medicalização, da consulta né, de desleixar no autocuidado e de tudo passa por isso, pela caderneta. (E4).

Relatam como há uma defasagem técnica nas equipes de PSF e como isso inviabiliza o trabalho. Primeiramente, fica impossível abranger todas as famílias da área à medida que o número de equipes é insuficiente e, com a falta de alguns elementos-chave na equipe, o ACS e o médico. Junto a uma população que, historicamente, ainda não rompeu com práticas assistencialistas, pautada numa perspectiva curativa, ao mesmo tempo, exposta a uma organização e recursos humanos com grandes dificuldades de reorganizar a assistência, a população ainda adoce dos mesmos males e com grande frequência. As ações de Promoção a Saúde encontram sérias dificuldades de serem implementadas por óbices técnicos, políticos, organizacionais e econômicos (BUSS, 2002). Desta forma, o sistema vive um ciclo vicioso, que, ora tenta se reconfigurar, ora se reorganiza em práticas conservadoras.

Em relação ao trabalho com a caderneta, este panorama tende a dificultar as ações que exigem uma reorganização conceitual, estrutural e ética. Vários fatores podem ser retirados nas falas dos enfermeiros: à medida que falta profissional, há insatisfação e descrédito da população com o serviço; produz-se uma demanda que enforca o atendimento; o profissional reproduz uma prática de pronto-atendimento; ações que demandam tempo em um modo de fazer diferente, como as de Promoção da Saúde, exigem uma implicação do profissional que, talvez, para ele não fará tanto efeito ante a uma desestruturação que é macro.

Concordamos que é com a idéia de que é necessário, mas não suficiente, que um profissional esteja totalmente envolvido com a produção de um espaço acolhedor nas suas relações e nos serviços, pois não contribuirá plenamente para a conformação de uma intervenção eficaz para o usuário. Assim, não basta existir um serviço com um excelente acolhimento se não se consegue responder com as tecnologias duras para esclarecer certo problema de saúde ou mesmo sua gravidade (MERHY, 1998).

Na categoria médica as questões estruturais apareceram com frequência, ratificando os pontos trazidos pelos enfermeiros. Os médicos demonstram, no entanto, um descrédito maior com relação ao sistema, justificando sua evasão deste campo de trabalho e intensificando o déficit de profissionais. Além de não conseguir exercer a puericultura na rotina do serviço, o próprio tempo das consultas não permite que se aprofundem com os

usuários. De acordo com os discursos, o uso de tecnologias como a caderneta é inviável na prática médica no modo como está imposta.

Nós temos um stress no ambiente de saúde que torna, torna o atendimento não tranquilo para poder manusear a criança, manusear a caderneta e usar todo tempo disponível para uma consulta de excelência. As consultas ficam garroteadas por estes fatores, entendeu? Falta tudo, e por faltar tudo, falta reciclagem, falta estímulo, falta apoio à profissão médica, falta salário, falta espaço, falta recurso, falta respeito. E isso ai resulta em um profissional desestimulado, cansado, estressado, menos atencioso e mais atendimento na correria e o prejuízo todo é populacional porque q gerência da saúde, a má gerência da saúde resulta numa insatisfação não por diminuição do compromisso e nem da ética mas, a insatisfação gera queda no rendimento e isso, todos os dias, oito horas por dia e aquela multidão todos os dias humanamente a qualidade vai diminuindo. [...]o médico do PSF se transformou num clínico polivalente que atende criança e idoso e visita as casas e faz pré-natal mas, ao mesmo tempo, nós tratamos as mesmas coisas há 15 anos, desde que o PSF foi fundado, então, que melhorias houve para a população se, de forma intersetorial, a vida das pessoas não melhorou? (M1).

[...] porque agente tem uma demanda muito grande agente trata as crianças doentes e a enfermagem faz a puericultura [...] Agente é colocado para o PSF para cobrir certa área de demanda e acaba atendendo todo mundo que chega isso não é PSF, isso desestimula o profissional, acaba o profissional [...] a ponta desestimula porque lá de cima num tem estímulo, o médico chega e não tem, não pagam de forma adequada o médico pra ficar oito horas no PSF,o médico do PSF tem que fazer plantão, o médico num pode se dedicara isso mesmo; tem as questões técnicas, tem as questões educacionais de preparação, de participação, culturais, estruturais, tudo isso. O cara entra empolgado, cheio de amor, cheio de empolgação, apaixonado pelo PSF.[...] os médicos sumiram e por que isso acontece? [...] aqui era para ter umas cinco equipes e tem três equipes para atender uma demanda toda [...] Então, não vale a pena, falta estrutura, técnico[...] (M5).

[...] a demanda tá muito grande pra poucos médicos e agente não tem tempo de tá vendo e de tá fazendo as coisas do jeito que tem que ser feito. [...]agente faz pronto-atendimento. É como se eu tivesse numa emergência atendendo[...]eu num faço PSF.(M4).

Estudos demonstram dificuldades de administração, financiamento e falta de materiais e espaço físico, bem como de pessoal qualificado e falhas no atendimento e sobreposição dos modelos e programas no sistema e atualmente no PSF (CAMPOS; MALIK, 2008; COSTA; PINTO, 2002; MACIEL et al., 2008; MARQUES; MENDES, 2003).

Em adição, Andrade et al. (2009) exprime que, apesar dos indicativos positivos da ESF no Brasil, há limitações à sua operacionalização em virtude de vários fatores: formação inadequada dos profissionais, número reduzido de médicos e falta de recursos e de compreensão dos gestores sobre a própria estratégia.

Dentre os vários profissionais do SUS, os médicos aparecem como um dos principais agentes do sistema. Para Machado (2002), 69,7% dos médicos do Nordeste do Brasil trabalham no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios. Esse panorama denota que os médicos costumam manter vários vínculos simultâneos com

associação das práticas assalariada (pública e privada) e liberal. Em paralelo, existem grandes desigualdades geográficas na distribuição dos profissionais médicos, como anotam Dussault & Franceschini (2006).

Gonçalves et al. (2009) verificaram que, na categoria médica, o PSF, na prática, trabalha com excesso de demanda, o que prejudica a qualidade do atendimento prestado à população, com interferência na relação médico-paciente. Em consonância com a realidade estudada, os autores constataram que, em algumas unidades, o trabalho médico é definido como pronto atendimento ou como um modelo centrado nas queixas e condutas. Tal fato reflete, inclusive, na relação deste profissional com outros membros da equipe e do serviço. Os médicos geralmente se distanciam das ações de planejamento e trocas de experiências com as equipes e a própria comunidade (MERHY, 1998; CAMARGO Jr. et al., 2008; GONÇALVES et al., 2009).

O trabalho cotidiano aponta fragilidades “de diferentes ordens – infraestrutura, condições de trabalho, perfil sócio sanitário das áreas atendidas, entre outras – que repercutem claramente na motivação dos profissionais e, certamente, limitam o alcance dos objetivos pretendidos pelo PSF”. (ROCHA, 2005). Neste âmbito, os médicos se sentem parcialmente realizados em trabalhar no PSF. Assim como nas falas destes sujeitos, Gonçalves et al. (2008) observaram como causas de insatisfação o excesso de contingente e a falta de respaldo das instâncias governamentais, que burocratizam o atendimento e inflam o programa, destinando poucos profissionais para trabalhar numa área de abrangência muito grande.

A insatisfação apontada pelos médicos, por sua vez, potencializa as ações mecanizadas e tecnicistas nos serviços de saúde e conferem certo pessimismo deste profissional com relação a ESF e seu alcance prático. Gonçalves et al. (2009) destacam uma forte tendência destes profissionais a se “vitimizar” em razão das dificuldades próprias do sistema, apesar de alguns já passarem a questionar os alicerces ideológicos que nortearam historicamente sua prática e se expressam perante a possibilidade de ressignificação da própria identidade profissional

Porque tem alguns profissionais que nem acham que tem valor né, aquilo dali. Não reconhecem o valor da certeza da criança. (M3).

Assim, com a finalidade de não encarar o sistema como proposta falida, Franco e Merhy (1999) apontam diversas tensões presentes na potência transformadora da ESF, ao analisarem a ideia de que, se a ESF não conseguir rever a forma de produzir o cuidado em

saúde, dispondo-se a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas, como a da clínica ampliada, pode, assim como a Medicina Comunitária e os cuidados primários em saúde, configurar-se na sua ação “como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico”

Andrade (2011), ao deparar as queixas semelhantes de profissionais com relação às dificuldades nas vivências com a caderneta, aponta para um limitado poder gerencial local. Desta forma, a instituição define o papel do profissional, determina o trabalho e prioriza ações e procedimentos quantificáveis. Dessa forma, a ESF, lugar de produção de cuidados primários à saúde da criança, revela-se como um cenário pouco facilitador para a adoção da CSC em sua totalidade de ações, nas práticas dos profissionais investigados.

A demanda reprimida é um dos pontos críticos da atenção. É possível que, com a carga de doenças e de necessidades dos grupos populacionais atendidos, o número de famílias sob responsabilidade de cada equipe extrapole sua capacidade de resposta, necessitando, talvez, de redimensionamento do número de profissionais de cada unidade do PSF, conforme Solla (1996) elucida.

Alguns estudos com relação à saúde infantil ratificam esta realidade. Carvalho et al (2008) ao avaliarem o acompanhamento infantil em Pernambuco, evidenciaram aspectos da estrutura do serviço. Os autores observaram limitações de recursos como a falta do cartão da criança, balanças e protocolos de treinamento de profissionais em significativa quantidade de unidades de saúde.

A ausência de ferramentas e estruturas mínimas para instrumentalizar o trabalho daqueles que se dedicam a esse cuidado é apontada como maior obstáculo do cuidado à criança na ESF. Destacam, com isso, a baixa resolubilidade das unidades de Saúde da Família e o descontentamento e insegurança de profissionais e mães (SAMICO et al., 2003; VASCONCELOS et al., 2009).

Alguns profissionais relataram a dificuldade que têm de realizar atividades no PSF em Fortaleza, haja vista suas experiências em outras cidades de menor porte. Ressaltam que a população da zona rural do estado é mais solícita e consegue criar um vínculo maior com o serviço, aceitando melhor as atividades.

[...] No interior é bem mais fácil agente fazer isso do que aqui em Fortaleza. [...] Porque no interior ela é muito ligada a equipe, ela tem um vínculo, porque o hospital é distante e a equipe vê essa mãe desde a gravidez, então ela conhece pelo nome, já conhece o agente de saúde que tá lá o tempo todo. Trabalhar com o pessoal do interior é mais fácil do que aqui na capital.[...] (E7).

As limitações das grandes cidades brasileiras na produção de políticas públicas que visam à melhoria das condições de vida do seu povo são apontadas no estudo de Caetano e Dain (2002) e estão sob o condicionamento de movimentos de crescimento econômico e estagnação, de incorporação e exclusão social, urbanização desordenada, falta crescente de oportunidades de integração econômica da população metropolitana, dentre outros.

5.2.3.2.6 A formação profissional médica

Por fim, uma limitação apontada apenas na categoria médica foi a questão da formação a que este profissional está submetido, cujas práticas na atenção primária são desvalorizadas e objeto de rejeição para o futuro profissional. Este fato talvez explique muitos posicionamentos da categoria com relação ao uso da caderneta

[...]São poucas as faculdades que trazem no ensino acadêmico um cunho em saúde pública, recentemente esses cursos vieram a remodelar seus componentes curriculares afim de preparar seus profissionais para o nível primário. Mas ele não vislumbra vir pra cá[...] Ele até aprende tá, aquilo que a professora não falou lá na faculdade, ele aprende lendo isso aqui. (M1).

A implantação da ESF por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Essa depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários. Uma das opções é valorizar a atuação de profissionais com uma visão integral do indivíduo e com formação para atuar junto à comunidade, em contraposição ao modelo baseado na especialização do atendimento (ARAÚJO; ROCHA, 2006).

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatiza a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública e políticas recentes do MS, com a implantação dos projetos Promed, Aprender SUS, Pró-Saúde entre outros, que podem favorecer as referidas proposições. Merece atenção a referência unânime ao fato de o curso de graduação não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na APS.

A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de agentes sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e atenção à saúde (MERHY; 2005)

5.2.4 Sugestões apontadas pelos profissionais de saúde e usuários para experiências mais exitosas com a caderneta de saúde da criança

5.2.4.1 A Educação em Saúde como o centro das necessidades de profissionais e usuários.

Para os profissionais médicos e enfermeiros, uma estratégia é sensibilizar estas mães a respeito das possibilidades que elas têm de se apropriar de algumas opções de cuidado com a criança; e que a caderneta poderia ser um veículo para isso.

Sensibilizar melhor sobre a importância da carteira, isso pode ser feito. Até mesmo o agente de saúde que tá mais em contato quando visita eles já fazem isso, de guardar o cartão, não perder [...] (E6).

Estimulando, incentivando né, com atividades educativas mesmo e se preocupar né se ela realmente tá lendo ou não, fazer a pergunta a mãe, em vez de só focar que ela leia, perguntar.(E7).

[...] Eu acho que o principal é estimular a ler e uma outra possibilidade é uma palestra mesmo com relação a isso né porque é muito difícil você reunir mãe pra fazer puericultura e chamar pra orientar isso aí é muito complicado.(M2).

“Eu acho que sim, olha a orientação é tudo, o esclarecimento eu acho que é a base de tudo, [...]eu acho que é basicamente a orientação, o esclarecimento, se parte do profissional uma orientação, isso aí já vai ser muito válidos. (M3).

As falas evidenciam a necessidade desta prática, á medida que os profissionais relatam dificuldades com as mães, no que se refere ao seu interesse e estabelecimento de vínculos. Nos seus relatos, apontam que esta sensibilização poderia ser estimulada com maior enfoque em atividades educativas. Conforme relatamos, cremos que o trabalho em saúde, especialmente na ESF, é eminentemente pedagógico. Ademais, todo contato com o usuário é uma oportunidade de informação e educação.

Ao sugerirem este estímulo à orientação, os profissionais, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância desta prática, denotam que elas estão distantes da realidade dos serviços e sugerem atividades que vão desde o estímulo à leitura, à realização de palestras e formação de grupos. Pinafo et al. (2011), em seu estudo sobre concepções de Educação em Saúde, em profissionais da ESF, observaram que a referência à educação como atividade eminente do profissional está sempre presente no discurso do profissional. Apontam, contudo, para um processo de automação desta percepção no grupo, que, assim como em nosso estudo, produz uma ambigüidade na interpretação. Neste caso, pode ser visto como um procedimento realizado rotineiramente, com a intenção de implementar o cuidado, como também associado à reprodução de uma ação que o profissional está condicionado a fazer.

Chama atenção o fato de o trabalho em saúde em saúde, muitas vezes, assumir um caráter automático, de posição repetitiva, de reprodução (CAMPOS, 1998). Concordando com os resultados encontrados pela autora, por um lado, esse trabalho educativo pode ser realizado de forma repetida, semelhante para todas as pessoas, não tendo uma reflexão da individualidade de cada sujeito no processo educativo. De outra parte, pode sinalizar a importância que os profissionais conferem às práticas educativas, vendo-as como inseparáveis da prática do cuidado (PINAFO et al., 2011).

Em complemento, quando questionadas sobre sugestões, que na opinião das usuárias, melhoraria o uso e compreensão da caderneta, unânimes nos discursos foram o estímulo e orientação por parte dos profissionais. As usuárias relatam sentir necessidade de que esta responsabilização seja compartilhada, que os profissionais se mostrem presentes e interessados neste processo. Explicam que este estímulo do serviço despertaria uma curiosidade e possivelmente as sensibilizaria para a importância da caderneta.

Era pra dizer assim pras pessoas ler que tem importância [...] É, por exemplo, quando fosse usar o livro, olhe esse livro aqui tem essas importância assim e assado, fala do bebê assim [...] Porque falando assim talvez ela ia ter um pouco de curiosidade de ver mesmo o que tinha dentro do livro [...] (U6I).

Eu acho que quem para pra lê, agora tem uns que não lê né e que nem liga é só cartão de vacina, aí essas que devia ta melhorando, toda vida que fosse no posto os pessoal dizia leia a caderneta que lá ta explicando isso e isso né. [...] agora assim, todo mundo lá, todo mundo devia dizer da importância disso aí[...] ler porque aí tem muita coisa, explica muita coisa. (U7I).

Mostrar é que faz é... A maneira de usar, incentivar o povo a ler, buscar entender mais o livro para saber cuidar melhor dos filhos e das filhas. [...] É mostrar como usar, como folhear [...] Seria bom ela mostrar e ensinar como entender melhor ainda. [...] (U10VPAI).

[...] porque assim né, agente aprende mais e ainda incentiva agente a ler e a procurar informações, entendeu. [...] Se fosse lendo junto comigo, me amostrando cada coisa, cada página, me perguntando o quê que eu achava, acho que é isso. (U11V).

[...] só entregando e num falando nada ninguém se interessa, mas se você disser procure ler que vai ser interessante pra você as pessoas já vão ter curiosidade de ler, vai se interessar mais. (U17VI).

Alves et al. (2009) observaram que as mães que receberam alguma orientação relativas à caderneta de saúde da criança estiveram mais empenhadas em levar a caderneta aos atendimentos de seus filhos e talvez tivessem sido mais exigentes quanto à utilização pelos profissionais. Ratificam, dizendo que a coresponsabilização de famílias, profissionais e serviços é a chave para o bom uso da caderneta de saúde da criança.

A compreensão, pela família, da função deste instrumento no acompanhamento da saúde infantil é fundamental para que ela dele se aproprie, valorize-o e cobre do profissional o

seu adequado preenchimento. Por outro lado, tanto a falta de preenchimento quanto a ausência de orientações e explicação pelo serviço sugerem à família pouca importância desta tecnologia no acompanhamento da sua criança. Assim, num círculo vicioso, as cadernetas não são valorizadas pelas famílias; não são levadas às unidades na rotina; são mal conservadas e, sobretudo, perdem seu caráter de documento (GOULART et al., 2008). Em adição ao pensamento dos autores, entendemos que a caderneta perde seu potencial de tecnologia com ênfase na Promoção da Saúde, uma vez que não há o espaço dialógico estabelecido nem participação do usuário no processo, tendo como produto a autonomia.

Um aspecto ressaltado em suas sugestões esteve relacionado às pessoas com maiores dificuldades quanto ao nível de instrução:

[...] Porque às vezes a pessoa não tem muito entendimento, olha e olha só a parte de vacinação e pronto. Mas, que haja um estímulo tanto dos profissionais do posto é, o Agente de saúde ou do médico, ou então procurar uma pessoa da família que entenda pra ler e explicar né, porque é didática né, você já vai lendo e vai entendendo. (U4I).

[...] porque quem não sabe ler né podia pelo menos ler assim pra saber o que é que tem escrito assim pras mãe saber né, mas eu não sei, porque às vez [...] Só se uma pessoa ler perto de mim assim pra mim saber o que tem escrito né aí sim, aí eu posso até entender, mas eu não sei.(U9V).

Não, na minha opinião é explicar né, que às vez tem gente que não sabe ler né, ai precisa de uma orientação melhor ainda né, ai é explicar, principalmente pra aquelas pessoas que não sabem ler ai é explicar tudo direitinho.(U16III).

Eu acho que também a pessoa que o Agente comunitário também devia abrir o livro e mostrar, ensinar a ler e tem muita pessoa aqui em Fortaleza também que num sabe ler. Poderia ler alguns trechos pra explicar, seria muito bom também. (U10VPAI).

As usuárias acrescentam que um olhar mais especial deve ser dirigido sobre aqueles com menor grau de instrução, especialmente os analfabetos. Para elas, o serviço deve ter maior cuidado com estas mães e preocupar-se quanto a sua real apreensão da mensagem. Em categorias anteriores, comentamos que esta população é que necessita de maior atenção em virtude das péssimas condições em que está inserido, as maiores dificuldades e maior vulnerabilidade com relação a sua saúde e de seus filhos. Alguns estudos apontam a positiva relação entre maior mortalidade infantil, bem como menos buscas aos serviços de saúde com a baixa escolaridade materna (VIEIRA et al., 2005; ALVES et al., 2009).

Conforme comentamos, para os profissionais, as prática educativas seriam, estrategicamente, o diferencial para buscar novos caminhos e significados com relação às experiências com a caderneta, especialmente com usuários. Os momentos de puericultura são elucidados como estratégicos para esta prática, uma vez que é componente deste serviço.

[...] porque eu acho que o profissional deveria apresentar a caderneta como um todo, mostra cada detalhe da caderneta, o que ela vai encontrar dentro dela, onde é que ela vai tirar algumas dúvidas no momento que ela não estiver conosco profissionais é [...] então a gente tem que perder o tempo que a gente tem que é pouco nessa consulta com a mãe, porque é na hora que você muda o comportamento dela, é na hora que você incentiva aleitamento, é na hora que você conversa que você elogia e você mostra que o bebê ta bem e que tudo isso se deve ao mérito dela [...] (E4).

Aplicando né um pouco diariamente, todas as vezes que a criança vem pra unidade né, num ta perdendo oportunidade né. (E8).

Mulher eu acho que a melhor forma de trabalhar essa caderneta é durante a puericultura junto com a mãe mesmo, da gente ler junto com ela algumas partes – ah, mas não da tempo, ah, mas tem muita gente, só que pelo menos de pouquinho em pouquinho, a puericultura é todo mês, ou seja, pelo menos a parte do crescimento e desenvolvimento do seu bebê, as orientações eu acho que da pra dividir e cada parte você ir mês a mês conversando com ela e vendo, é assim que eu faço e acho que as outras enfermeiras também fazem mais ou menos isso, inclusive tem até essa parte que a gente checa o que a criança ta fazendo, então querendo ou não a gente já tem uma noção, é certo a gente avaliar. Eu acho que a melhor forma é avaliar durante a puericultura porque tem primeiro: você vai perguntar e falar coisas que ela às vezes não entende, então eu acho que é o melhor jeito mesmo sem dúvida. (E2).

A puericultura, sendo consulta de rotina, aparece como oportunidade para Educação em Saúde. Lembramos que a puericultura já tem como quesito a Educação em Saúde com a população com relação à saúde infantil, uma vez que pretende a prevenção e promoção da saúde. Como observamos, no entanto, muitas vezes, a caderneta limita-se à função de registro de informações para o profissional.

Acreditamos que com uma reflexão gerada pelos momentos da entrevista, os profissionais tenham conseguido realizar uma avaliação de suas práticas e se percebido neste processo. Atentam para a necessidade de mudança, na qual, para se trabalhar numa proposta de Promoção da Saúde, a educação é estrategicamente fundamental. Conscientizam-se da necessidade de extrapolar suas práticas do nível biológico para uma perspectiva integral.

Ao sugerir o momento da consulta clínica como ocasião estratégica para o trabalho com a caderneta, seus depoimentos ratificam nossa fala e a análise anterior. Enfatizam as dificuldades que elas encontram no dia a dia como a falta de tempo. Desta forma, este momento seria ensejado para o diálogo entre o serviço e o usuário, para que o contato com a caderneta seja estimulado e otimizador da de autonomia destas mães.

Já que ela tem muita coisa era pra elas incentivar agente a ler né, ou então elas mesmas ler com agente ou quando for pro acompanhamento era pra elas ir mostrando, mas elas num mostram não só mesmo só anotam o que tem que anotar né, mas num mostra nada. Eu acho assim, já que tem muita coisa nela eu acho que deviam informar, não só anotar. [...] Ah, já que agente não tem tempo, lá é que era pra ajudar agente nisso né [...] no acompanhamento mesmo quando agente vai já era pra elas ir lendo, explicando alguma coisa que tem na caderneta. (UIII).

Eu acho que pelo profissional né, do jeito que eu tava explicando ele abria e ia explicar algumas coisa porque não tem nada o profissional explicar porque a gente não sabe de nada né, só eles, então se eles ia acompanhar a gente mês e mês, então eles deveria já iniciar isso pra poder a gente ter um melhor esclarecimento. (U8V).

Era toda vez que for consultar a criança falar né sobre o livrinho né, como é importante com o livrinho, às vez eles num querem explicar né [...] (U16III).

Aquela parte dos gráficos, os médicos, eles não dão muita importância eu acho que era pra tá verificando se tava... Eles só dizem que a criança tá ótima e tudo, mas, não fazem aquela curvinha pra gente ter noção como é que a criança tá, o quanto ta passando, o quanto a altura ta passando, o peso, se ta passando, se tá passando um pouquinho do peso, se a criança tá ótima, mas não, não acompanha pelo gráfico do crescimento e do peso, só dá mais atenção a vacina. [...] agora a questão do gráfico, se os medico na hora da consulta quisesse explicar pra gente acompanhar, uma dúvida, sei lá, pra tá melhor informada né. (U17VI).

Estudiosos da área assinalam que o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. As informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas para autonomização. Para isso, é necessária uma interação da teoria com a experiência de vida de cada um (ALVES; AERTS, 2011).

O essencial da experiência educativa em saúde está na valorização das experiências e da escuta do sujeito com suas histórias, valores, crenças, costumes e relações sociais, sendo essa a condição de se fazer da ação pedagógica uma possibilidade de troca de conhecimento e de aproximação entre as diferentes realidades vividas pelos sujeitos, favorecendo a produção de outro saber diante da realidade investigada, de modo que esse saber possa ser assumido como perspectiva concreta na solução dos problemas da vida real (ROZEMBERG; 1995).

A caderneta é um recurso de vínculo e responsabilização com o acompanhamento longitudinal da criança e, conforme suas necessidades, a cada consulta. Destacamos a importância deste momento, uma vez que a clínica é o instante de contato mais íntimo com o usuário e possibilidade de orientações mais direcionadas, respeitando sempre suas possibilidades como sujeito social.

Aspecto interessante a destacar é como alguns discursos dos usuários expressam sua percepção sobre sua participação e papel neste processo: *“porque a gente não sabe de nada né, só eles”, “se os medico na hora da consulta quisesse explicar pra gente acompanhar”*. Estas falas sugerem uma percepção sobre si mesmo como ignorante e destituído de saber, ainda nos moldes da educação bancária, como depósito de informações.

Esta concepção demonstra tanto a hegemonia do saber científico como hegemônico e unicamente verdadeiro; como a forte imponência de uma elaboração histórica das práticas pedagógicas mais conservadoras.

As ações coletivas são enfatizadas pelos profissionais com recorrência. Surgem como outra possibilidade de trabalhar a caderneta e, com isso, conseguir atingir maior parte da população, e, talvez, até estimulando as mães a aderirem melhor ao serviço de puericultura. Inclusive, como observamos, não é realizado nenhum trabalho coletivo com a caderneta de saúde da criança. Para os profissionais, este é momento tanto de estímulo e sensibilização destas mães bem como enseja ao serviço a fortalecer vínculos com a comunidade.

Eu acho que se fosse feito nas áreas uma oficina com a comunidade mostrando e explicando o que é cartão, o que eles podem aprender com o cartão da criança [...] não trabalhar só na consulta né, mas mostrar pra eles, se é difícil pra eles virem pra unidade, agente vai pra lá já que aqui é PSF e o PSF é bom por causa disso que agente pode tá acompanhando lá na área pra gente ir lá e fazer isso. [...] ai a sugestão são as oficinas itinerantes que se agente conseguir é uma possibilidade de atingir essas mães que não vêm. (E5).

[...] Seria até interessante formar um vínculo ai porque eu formo um vínculo ai porque eu faço o pré-natal delas, então, já existe um vínculo [...] Agora tem muita troca de experiência [...] Tudo isso agente manipula o cartão da criança né. [...] Os dois grupos que eu consegui traçar até agora é fora da unidade, é na igreja, trabalho muito assim, a parte educativa dentro das igrejas certo? Mais ou menos por ai... [...] Parecem ser mais eficazes porque consegue adentrar na realidade daquela comunidade. (E6).

[...] formação de grupos, de grupos de criança [...] então, é um momento de pegar a carteira e tentar trabalhar [...] Eu acho que tem como criar estratégia pra utilizar de maneira bem mais eficaz. (M3).

[...] porque é ai que agente dá a verdadeira aulinha né, todo mundo com a caderneta na mão entendendo todas as partes. Então, era isso, se nós tivéssemos espaço dentro do cronograma para as atividades extra-muros, principalmente na formação de grupos e realizando educação em saúde, isso seria diferente. (M1).

Várias foram as abordagens sugeridas, como palestras, formação de grupos, oficinas itinerantes. Alguns profissionais expressam a necessidade de que estas ações sejam extra-muros para que se consiga alcançar mais pessoas e, sobretudo, que atinjam quem está distante do serviço. Além disso, sugestões para a utilização de outros espaços, como Igreja, pode ensejar uma relação de maior estreitamento com outros espaços sociais, envolvendo e mobilizando outros setores da sociedade.

Sobre isso, Stotz (1993) chama atenção para que esse repasse de informação, normalmente por meio da consulta, ou em grupos de palestras, sejam destituído do modelo preventista básico e se abra espaço para a possibilidade de as pessoas se manifestarem como sujeitos e de se acharem capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali onde muitas vezes

as certezas absolutas se tornam obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida.

Os discursos das usuárias também referem estas atividades como importantes dispositivos para o trabalho com a caderneta.

[...] mas poderia selecionar um dia pra reunir as pessoas e conversar, tirar dúvidas porque às vezes nós temos dúvidas né e ai né acaba ficando sem saber das coisas direito [...] Essa caderneta ela traz assim algumas informações básicas, mas pra ser compreendida mesmo com a ajuda de um profissional mesmo pra ajudar. (U3II).

[...] Deviam fazer, como é que se diz é reunião é? Que chama todos? Pois é deviam fazer uma reunião e explicar.”(U5I).

“Eu acharia assim que todas as mães deviam ter assim uma reunião e assim pras enfermeira passar tudo pra elas [...] tem mulher que não sabe nem como é [...] Assim uma reuniãozinha que fosse só mesmo pra explicar isso aí pra elas né, que o livro tem utilidade pra elas aprender pelo livro né, pra cuidar das criança. É, se ela tem alguma dúvida ela vai perguntar no dia certo, no dia da reunião perguntar, ler o livro e guardar algumas palavra que elas não saiba ou alguma coisa que elas não saiba pra no dia da reunião elas perguntar da dúvida ou não. [...] (U6I).

[...] eu acharia que teria sido melhor uma palestra, uma explicação mais profunda porque nem todas as mães tem o entendimento né de ler, pra saber realmente usando né e ter melhor orientações. (U8V).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, ao lado das diretrizes atuais de ESF como os Nasf, estimulam as ações coletivas no nível da atenção básica como estratégia de Educação em Saúde. Desta forma, elaboram propostas operacionais com a finalidade de favorecer o investimento de práticas grupais. Recebe, no entanto, críticas a respeito da noção educativa que imprime (FERREIRA NETO; KIND; 2011).

Ferreira Neto e kind (2011) ressaltam que o dispositivo das práticas grupais não deve ser encarado como instrumento fechado em si mesmo, de tal modo, que a formação de grupo exige um contexto de ação. A efetividade desse dispositivo está diretamente atrelada a um arranjo complexo que envolve o perfil da equipe, as características da população adstrita, alvo da proposta, dimensão sociocultural (microcultural) daquele território, a disposição dialógica dos vários agentes envolvidos no processo, além da permanente atitude avaliativa que sustente sua contínua melhoria.

Ainda sob a concepção destes autores, as práticas grupais não se constituem como a diretriz principal da Promoção da Saúde ou da atenção básica; outras estratégias, como permanecem cruciais e insubstituíveis, como o dispositivo da consulta, da dispensação de medicamentos, das ações interssetoriais etc. Desta forma, devem estar associadas aos serviços

de modo geral, constituindo-se atividades de rotina dos serviços e não pontualmente, como tem ocorrido.

Estes momentos de atividades coletivas são vistos pelas usuárias como distração e troca de experiência com outras mães. Parecem conferir mais segurança a elas. Recuperam alguns sentidos, como a solidariedade mútua, o senso de coletividade, e são oportunos para o serviço de saúde trabalhar a prevenção em uma perspectiva de promoção da saúde, por meio do estímulo à participação popular com a problematização de sua realidade.

[...] ai é bom juntar um monte de mãe e fazer uma palestra né e ir falando, explicando.[...]ai conversa uma com a outra, ai passa experiência, é legal [...] (U2II).

[...] quando eu tava grávida eu participei. [...] gostei, a gente aprende muitas coisas, muita orientação né e logo da primeira que eu não sabia de nada e é muito divertido, você se distrai, você esquece dos problema também e aprende o que não sabe, é isso que eu acho. [...] explicar como você manusear e ler a caderneta, era assim que eu achava melhor né e não ela. (U8V).

[...] a partir do momento que eu tou com outra pessoa, que eu posso ta falando algo que ta só comigo e pode ser transmitido pra alguém numa palestra, numa conversa aí isso da troca de conhecimento [...] pra uma mãe no caso da caderneta, caso eu esteja conversando com alguma mãe e aí ela não tem o conhecimento da caderneta, mas aí você ta conversando aí você já vai dialogar algo que você já viu na caderneta e ta partilhando pra ela e ali ela ter a curiosidade de ta olhando o que ta acontecendo na caderneta[...] eu falo essa troca de conhecimento em relação a você ta participando, ta sabendo de alguma coisa, ta ativa no dia a dia. Porque Elisa a fala, uma pessoa ou uma fala ela muda muito as coisas [...] (U14III).

Estudo realizado em São Paulo, com a finalidade de identificar as percepções de usuários quanto às práticas grupais, revelou que os participantes atribuíam sucesso a esta prática por contribuir para o aprendizado, configurando-se como oportunidades de lazer e entretenimento, bem assim uma maneira de se engajar em novas atividades (COSTA; RODRIGUES, 2010).

Considerando que os grupos podem ser estratégias para a prática de Promoção da Saúde, Santos et al. (2006) expressam que esses se caracterizam como um conjunto de pessoas que interagem com o intuito de ampliar suas capacidades e alterar comportamentos, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento das situações que ocasionem sofrimentos evitáveis. Dessa forma, permitem o maior controle dos sujeitos sobre o contexto social e ambiental onde se encontram. Para isso, os grupos devem transpor as formas tradicionais do modelo biomédico, abrangendo as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença. Além disso, é fundamental que os grupos não se reduzam à proposição simplista e paternalista de mudança das condutas individuais.

Desta forma, ao desenvolver o trabalho com grupos, o profissional tem a oportunidade de estimular os participantes para que encontrem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade. Esse trabalho nas comunidades constitui-se importante ferramenta para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e suas condições de vida e saúde. Juntos, os indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar ações de mudança.

As usuárias, contudo, propõem práticas pedagógicas menos convencionais para melhor sensibilizar as mães e estimular sua participação.

[...] não é que seja uma reunião, mas é um trabalho assim com uma boneca com as mães, mas de uma maneira que não fosse assim monótono sabe, através de brincadeiras e isso ia incentivar a mãe tá lendo a caderneta, não só chegar no posto e ver a vacina que tem que dar não, mas antes de dar a vacina pelo menos alguns minutos perguntar se elas já leram, se tá acompanhando seu filho – você já leu a caderneta, como é que tá o desenvolvimento dentro do que tem na caderneta, porque vai ser muito útil tanto assim, tanto vai trabalhar mais com a mãe como a mãe também vai se trabalhar em acompanhar dentro do que tem na caderneta. (U14III).

Embora o trabalhador apreenda o significado da prática educativa desde o momento em que esta conduz sentido para suas ações, também vale a pena pensar que as demandas do processo de trabalho em saúde podem levar esse profissional a ter certa posição educativa, em decorrência do modo como o serviço está organizado, que o leva a reproduzir a lógica de controle dos serviços sobre a população implícita nas mediações convencedoras citadas por Bornstein e Stotz (2009). Segundo essas mediações, o trabalhador procura convencer a população no que concerne o valor do saber tecnocientífico, não levando em consideração a existência da mediação transformadora, com o compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população.

5.2.4.2 Capacitação e sensibilização dos profissionais

Como vimos, um dos limites apontados pelos enfermeiros é a falta de capacitação e sensibilização por conta de alguns profissionais. Relatam sobre a tecnificação e a naturalização que a própria rotina dos serviços impõe. As capacitações serviriam para melhor despertar o profissional com relação à caderneta, bem como despertar a atenção de outros profissionais para o seu uso junto a equipe. Os profissionais veem as capacitações como uma

forma de se reciclar e expandir seu conhecimento. Além disso, proporciona o contato com outros profissionais e a troca de experiências com relação ao serviço.

[...]por exemplo, eu tou deixando muito de lado as informações da caderneta[...] Era bom que tivesse essa capacitação e não só em relação a criança, mas tudinho é sempre bom, porque assim, você relaxa um pouco até porque esse serviço de unidade básica ele é muito rotineiro, então você tem que ta o tempo todo ou indo pra capacitação ou indo pro curso porque senão você assim relaxa porque é sempre a mesma coisa. [...]já você volta de uma capacitação com mais motivação. (E1).

[...]acho que com o que você vai colher de informação você vai ver que nós profissionais precisamos ser alimentados, estimulados, motivados a utilizá-la da forma íntegra da caderneta porque senão você vai ficar dependendo de um profissional, de outro. (E4).

Assim, teria muito também qualificação profissional né, muita qualificação profissional, deveria trazer [...] O PSF, a equipe de PSF tem que ta capacitada, tem que ter capacitação, que há algum tempo atrás tinha muito [...] hoje em dia ta meio fraco. (M5).

A realidade da ausência de ferramentas para a instrumentalização daqueles que estão inseridos na ESF, é ressaltada e apontada por alguns autores como uma das dificuldades de se preparar recursos humanos com o perfil da estratégia. Estudo sobre a percepção a respeito dos cuidados ofertados a crianças menores de um ano, entre outras dificuldades, apontou a insuficiente formação trazida da academia e a falta de um processo de capacitação e educação permanente para atuar na Estratégia Saúde da Família e atender ao dinamismo que o cuidado à criança menor de um ano requer (FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010).

Goulart et al (2005), ao evidenciarem o subregistro na caderneta de saúde da criança, bem como a falta de orientações, destacaram a importância da capacitação para sensibilizar todos os profissionais envolvidos com a saúde infantil para que este instrumento seja efetivamente utilizado.

Na visão dos profissionais, estes momentos de aprendizado serviriam também para se ter um contato maior com o próprio planejamento das atividades. Das capacitações deveriam participar os profissionais, fora terem conhecimento das tecnologias e informações que o campo científico constantemente produzindo. No caso da caderneta, novas curvas foram inseridas e o profissional não teve nenhuma atualização oficial com relação a isso, evidenciando a justificativa, a importância de se abordar outros aspectos do CD com a mãe.

A primeira coisa é não chegar as coisas de cima pra baixo como aconteceu, chegou essa caderneta ó chegou uma caderneta nova pra criança e ponto, mas como a gente vai utilizar? Por onde a gente vai começar? O que a gente vai fazer? O que é importante fazer? O que a gente vai orientar? Isso tudo em nenhum momento ficou

claro pra os profissionais. (E3).

[...] Inclusive ele já mudou umas duas ou três vezes né esse cartão. Então agente só foi apresentado a ele quando chegou na unidade. Deveria ser, justamente pra isso, pra gente se sensibilizar, porque agente não tá sensível, se sensibilizar pra fazer essa educação com as mães. Porque se você não é cobrado, se você não tá capacitado para avaliar esse instrumento, então você não tem interesse. [...] Mas, agente deveria ter sido treinado pra desenvolver as atividades de educação, mas não teve treinamento. Não mulher, nunca foi falado. (E7).

Ah, chamar a regional, as autoridades de saúde né, porque agente tem pouco treinamento em relação à Saúde da Criança. [...] então, eles lançam essas cadernetas e ta ai, te vira, como todo material né[...] poderia ser mais trabalhada, poderia ser mais valorizada pelos profissionais né [...] (E8).

Constituiu-se uma nova tecnologia, com uma nova proposta de abordagem, sem, no entanto, ser partilhada com quem a utiliza. Estes momentos serviriam até para o profissional pensar sobre como operar com determinada tecnologia no seu contexto, na sua comunidade, que estratégias poderia utilizar os recursos disponíveis, os limites previsíveis etc. Desta forma, estaria sensibilizado da importância e necessidade de valorizar mais atividades como estas nos serviços.

Alves et al. (2011) apontam para a urgente necessidade de capacitação e treinamento para as profissionais de saúde que estão envolvidas no processo de cuidar, principalmente para as ACS, que não tiveram o curso de qualificação básica para a formação do agente comunitário, conforme determinação da Lei 10.507/2002.

Sentimos por parte dessas que a falta de capacitação trouxe bastante dificuldade no desenvolvimento do trabalho de orientação das famílias. Com isso, todas as entrevistadas manifestaram o desejo e a necessidade de processos de Educação Permanente em Saúde, pois, em decorrência das mudanças e progressões da ciência e da saúde, o conhecimento quando não renovado, se torna obsoleto.

Aspecto bastante evidenciado pelos profissionais foi a potência que estas capacitações teriam ao envolver outras categorias profissionais com o trabalho com a caderneta. Uma vez que o material se propõe um olhar integral da criança, dentre os vários sentidos da integralidade, exige-se que este trabalho seja eminentemente multiprofissional e, sobretudo, interdisciplinar. Os enfermeiros deixam explícita a necessidade de se responsabilizar outras categorias profissionais, com a mesma ênfase, com relação às atividades relacionadas à saúde da criança, neste cenário, a caderneta de saúde da criança, tornando este um objeto comum para o serviço. Até os discursos, percebemos que, talvez, este documento esteja invisível ao serviço, onde o universo simbólico constituído em torno dele se

limite aos enfermeiros.

[...] Porque eu acho que a caderneta ela deve ser usada em todos os ambientes assim. Se a criança vai pro fonoaudiólogo porque não ele olhar a caderneta da criança, porque não ele orientar, se ele vai pro fisioterapeuta, porque agora nós temos as equipes do NASF, então as equipes do NASF elas podem também tá explorando a caderneta, tá orientando, tirando dúvidas da mãe sobre tudo né[...] Eu acho que esse cartão ele precisa ser melhor divulgado, ele precisa ser melhor trabalhado e ele precisa ficar acima de tudo claro pra todos os profissionais. (E3).

“[...] era pra ser usado por todos os profissionais, do dentista ao nutricionista, por onde eles passassem era pra ser utilizada, não só pela enfermagem na consulta de puericultura [...] era pra ser feito uma sensibilização com os profissionais para ser realizado o melhor uso dessa caderneta por todos [...] assim, tipo fazer mesmo uma roda de conversa [...] Assim, no sentido não de ensinar NE porque todos sabem o que tem ali né, mas de mostrar a importância[...] Eu acho que era importante todas as categorias conhecer, se num conhece, conhecer o cartão de vacina e os que conhecem, como os médicos, sensibilizar mostrando porque eles deviam pedir na hora da consulta. (E5).

Os profissionais relatam que sentem falta de uma problematização do fazer, denotando a necessidade não apenas de capacitações técnicas, mas desenvolver atividades nas quais os profissionais estejam constantemente refletindo sobre sua prática e nos recursos valorativos e pedagógicos que imprimem a eles.

Acho que devia ter treinamento mesmo em relação até como manusear esse instrumento melhor, de uma forma mais dinâmica assim com a mãe. Criar estratégias, capacitação mesmo, é o nível central convocar, sensibilizar né. E não é só o enfermeiro não, tem que ser todos os profissionais porque fica muito na responsabilidade só do enfermeiro [...] Então é isso capacitação mesmo, não é nem capacitação é sensibilização porque o que tem aqui agente já sabe, mas é tá sensibilizando o profissional a utilizar o instrumento. (E7),

[...] Mas, inclusive, o treinamento e a capacitação não só pra gente, mas pra todos os profissionais da unidade de saúde porque todo mundo tem contato com a criança, com a carteira pra aprender a responder, aprender como é que preenche cada ponto, cada tópico, o que é que é importante, qual momento é importante para ler aquela informação, qual momento é importante olhar o cartão de vacina, a parte da vacina. (M3).

Acho que sim, uma capacitação, porque eu tive muita experiência com isso né, sempre trabalhei com isso, mas eu acho que podia até chamar algumas pessoas e acho que tem muita gente que nem leu isso aí pra saber o que tem aí dentro e pode ser até que faça né. (M2).

Sousa (2008) entende que o nosso agir em saúde está condicionado ao nosso conhecimento, como o nosso saber-fazer e as experiências, mas agimos também segundo os significados que têm para nós a nossa prática e os valores que atribuímos a ela. Ou seja, os valores atribuídos pelos profissionais a cada item da caderneta moldam suas práticas e ações dirigidas à saúde da criança, produzidas por esse instrumento. Andrade (2011) compreende que as prática em saúde com relação à caderneta revelam um agir tradicionalmente efetuado

com o cartão da criança, antecessor da caderneta, presente no cotidiano de trabalho como instrumento, apontando para a necessidade de sensibilização para um olhar integral sobre a criança.

As ações que pretendem fazer uma reciclagem devem ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso. E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente (MERHY, 2005).

Sobre isso, Merhy (2005) denota a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: Educação em Saúde e trabalho em saúde, em que é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a constituição da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar como sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo) (MERHY, 2005).

Portanto, tal como anota o autor, a ideia da capacitação deve exercer sobre o profissional um ato constante de reflexão sobre o seu meio haja vista a velocidade científica e histórica da sociedade na produção de conhecimento; bem como a possibilidade de gerenciamento destes recursos no processo de trabalho e com a população que usufrui. Merhy (2005) questiona se estes processos de formação se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde decorre da falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Com tal visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não produzem efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais (MERHY, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu uma aproximação com o universo de significados que profissionais de saúde e usuários têm em relação à caderneta de saúde da criança, bem como esta tecnologia é incorporada nos serviços de saúde e a percepção destes sujeitos sob esta prática. Por meio das experiências e percepções, conseguimos ressaltar e tematizar este objeto dentro de um universo mais amplo do processo saúde-doença.

A avaliação qualitativa trouxe para o centro do processo investigativo os sujeitos diretamente envolvidos com a caderneta de saúde da criança: profissionais de saúde e usuários. Então, ouvimos aqueles que podem melhor inferir um juízo de valor a respeito do que se pretende avaliar, uma vez que, com origem no real, estabelecem funcionalidades, limites e possibilidades em relação ao uso da caderneta. Entendemos que esta investigação, pôde apontar concepções que sustentam as práticas em saúde no cotidiano das ações. Permitiu, desta forma, iluminar alguns aspectos quanto à organização do serviço, às relações estabelecidas com e entre os diversos sujeitos e sua relação com a totalidade em que esta prática está inserida. Entendemos que esta exploração possa sugerir estratégias para que a caderneta seja mais bem utilizada pelos serviços e usuários.

As percepções e vivências com a caderneta variaram bastante tanto de acordo com o local visitado, não havendo uma uniformidade em seu uso. Vimos que profissionais e usuários têm modos diferentes de interpretar o processo saúde-doença. O que destacamos neste trabalho é a percepção preestabelecida, por maior parte dos profissionais, de que as mães não se interessam ou usufruem das informações, conferindo a elas certa negligência com relação ao uso da caderneta. Diferentemente do percebido pelos profissionais, observamos que os usuários, na sua maioria, relatam usar aquelas informações para o cuidado com seus filhos, bem como a caderneta lhes confere maior segurança e esclarece algumas dúvidas destas mães, estando estas usuárias, sempre que possível, recorrendo a esta tecnologia, como auxílio no cuidado. As razões postas por este grupo de profissionais como a falta de interesse, cadernetas em péssimas condições e a própria crença na existência de uma cultura imutável “de não leitura”, só ratificam a falta do diálogo que o serviço mantém com a comunidade.

Esta percepção pode alimentar um ciclo no qual o profissional justifique sua passividade diante do processo, uma vez que os usuários não acessam ou se interessam por

aquelas informações. Isso se tornou mais evidente nas observações das consultas, onde muitas das informações direcionadas às mães não eram referenciadas à mãe por meio da caderneta, não oportunizando a este usuário de participar deste processo, de forma mais ativa. Entendemos este posicionamento por meio de relatos que supõem uma visão passiva do usuário, onde não há uma concepção de sujeitos capazes de participar e decidir sobre os aspectos de sua saúde.

Neste âmbito, para grande parte dos profissionais de saúde, sejam médicos ou enfermeiros, a CSC está intimamente relacionada às ações de vigilância do crescimento e da vacinação. Da mesma forma, alguns usuários conferiram pouca importância à caderneta, limitando sua função ao registro de imunizações. Nas falas, estes sujeitos, ao se referirem à CSC em suas práticas de saúde com a criança, revelam ainda uma prática tradicionalmente realizada com o antigo cartão da criança que, por anos, limitou sua abordagem no gráfico de peso para a idade e no cartão de vacina para o acompanhamento da saúde infantil. Em paralelo e com menor força, outros significados da caderneta surgiram nas falas dos profissionais, como a compreensão de que o instrumento amplia o campo de práticas do profissional com suporte em uma percepção mais holística do cuidado.

Importante é ressaltar que esta investigação nos situou perante uma prática ainda problemática, ao passo que a caderneta é um instrumento aparentemente de simples manuseio e uso nos serviços de saúde. Algumas limitações que permeiam a prática profissional para se trabalhar com a caderneta de saúde da criança são emitidas pelos profissionais como determinantes no seu uso nos serviços.

Os profissionais apontam para limitações com as modificações e inovações do instrumento e consideram importante e necessária atualização e capacitação para os profissionais que trabalham em equipes de Saúde da Família. Além disso, esta tecnologia se configura como uma proposta densa quanto ao seu arranjo tecnológico de trabalho, como a integralidade do olhar, da atuação profissional, a integralidade da atenção na qual as maternidades possam desenvolver melhor sua atuação junto às famílias. Além disso, este panorama resulta na falta de sensibilização de outras categorias com relação a sua importância. A queixa quanto à falta de participação de outros profissionais, além do enfermeiro e, às vezes, do médico, nas ações de promoção à saúde, como o uso da caderneta, denota ainda uma dificuldade de interação e trabalho em equipe que os serviços enfrentam. Torna-se, pois, necessário o investimento e fomento na formação e capacitação de

profissionais de saúde para o trabalho com as ações de vigilância à saúde da criança, descritas na caderneta.

A organização e o processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família também foram abordados pelos participantes. Nas vivências relatadas pelos profissionais, a consciência está voltada para uma produção caracterizada pela produtividade exigida dos profissionais, alta demanda gerada no serviço, sobrecarga em função de tarefas burocráticas, levando ao não uso da CSC. Tanto profissionais como usuários acreditam que o serviço pudesse se empenhar mais com enfoques mais amplos durante as consultas, com ações coletivas como a formação de grupos e oficinas para o melhor aproveitamento da caderneta e as suas informações. Por outro lado, é necessário que estas ações evoquem uma perspectiva pedagógica reflexiva e problematizadora para que se possa pensar a autonomia destas usuárias com relação ao cuidado da criança, bem como a assimilação do seu conteúdo

Como em toda investigação, o nosso estudo apresenta limitações. Dentre estas, podemos enunciar como fator limitante a não observação da rotina das mães, para confrontar com seus discursos, como foi realizado com os profissionais e; a exclusão de outros sujeitos envolvidos nesta prática, como outras categorias profissionais e gestores. Ademais, entendemos que outras pesquisas devam ser estimuladas, com o objetivo de explorar concepções e vivências de outras categorias profissionais com relação à caderneta.

Esperamos que este trabalho possa chamar atenção dos gestores e profissionais para a necessidade de capacitação sobre a CSC e valorização do seu conteúdo, como promotor da saúde, por parte dos profissionais que atuam na atenção básica. Há necessidade de se trabalhar a noção de sujeitos dentro dos serviços, para que esta percepção passiva diante do usuário possa ser rompida e possa visualizá-lo como capaz de tomar decisões, desde que coerentes com sua realidade, não eximindo a responsabilidade de outras competências, desde profissional, envolvido neste processo, como o Estado.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Informativo da Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva**. Agosto, 2010, n. 104.
- ALBUQUERQUE, P. C, STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 8, p.259-274, 2004.
- ALVES, C. R. L. et al. Caderneta de saúde da criança e qualidade do preenchimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 583-595, mar. 2009.
- ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. (Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 9).
- ALVES, G. G.; AERTS, D.. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011 .
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- ANDRADE, G.N. **Vivências dos profissionais da atenção primária à saúde com acaterneta de saúde da criança**. Dissertação. 158p. (Mestrado em Enfermagem) Cuidar em saúde e na enfermagem, Belo Horizonte, 2011.
- ANDRADE, L.O.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da Saúde e Cidades / municípios saudáveis: propostas de articulação entre município e meio ambiente. In: MINAYO, M.C.S.;
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009
- ANDRADE, V.; COELHO, M. A. S. M. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. **Rev. Brasil. Cancerol.**, v. 43, n.1, p.57-63, jan./mar. 1997.
- ANNAN, K. A. Prólogo: um futuro de desarrollo sostenible comieza salvaguardando La salud de todos los niños. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 1, 2004.
- ARAÚJO, I.S. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. (Org.). **Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.49-69.
- ARAÚJO, M. R. N. **A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenções no processo saúde-doença**.1999. 141p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ASSIS, Wesley Dantas de et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011

ATKINSON, J. Anthropology in Research on the quality of health service. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 283-299, 1993.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 583-592, 2004.

ACKERMAN; MENDES; BORGUS. É possível avaliar um princípio ético? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 605-615, 2004.

BAUMAN, Z. **Thinking sociologically**. Oxford: Blackwell, 1990.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BESSA, Maria Salete. et al. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública, Fortaleza**, v.31, n.2, p.256-266 jul./dez. 2007

BEN-JOSEPH EP, DOWSHEN SA, IZENBERG N. Do parents understand growth charts? A national, internet-based survey. **Pediatrics**; n.124, p.1100-9, 2009.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-12, 1991.

BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1980.

BOEHS, A. E; MONTICELLI, M.; WOASNY, A. M. A Interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 307-14, abr./jun. 2007.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 29 jan. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A saúde no Mercosul**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 19-27, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado de Pernambuco**. Recife: Bagaço, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.743-771, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da saúde da criança**. 3. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da saúde da criança**. 3. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas e projetos: saúde da família**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Imunização**. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Textos básicos de saúde. assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. Programa Saúde da Família : Promoção da Saúde da Família. **Rev. Promoção da Saúde**, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dec. 2009.

BUSTAMANTE, Vânia. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, dez.2005.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 11-21. 2002.

CAMARGO JR., K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 (Suplemento1), p.58-68, 2008.

CAMARGO, J. R.; KENNETH, Rochel de. A biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, 177-201, 2005

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. A ética e os trabalhadores de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 60-63, jun. 1994.

CAMPOS, C. V. A. ; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n.2, p.347-368, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARVALHO, M. F. *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situações nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 675-685, mar. 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Ago.2004

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.669-678, 2004.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. **Relatório de gestão 2003-2006**. Fortaleza, 2006.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011..

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Fortaleza, v.14, p.1523-1531, 2009.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CORSO, A.C.T.; et al. Crianças pré-escolares e o impacto da assistência pública sobre seu crescimento. **Revista Ciências da Saúde**, v.15, p. 29-46, 1996.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 907-923, 2002.

COSTA, A. O; SORJ, B; Bruschini C; HIRATA, H. Mercado de Trabalho e Gênero. In: BRUSCHINI, C; RICOLDI, A.M; MERCADO, C.M. Trabalho e gênero no Brasil: uma comparação regional. Rio de Janeiro: FGV; 2008. p. 15-33.

COSTA ,L. S. M. **A educação em saúde e suas versões**: material didático de apoio à disciplina Saúde e Sociedade III. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 1999

COSTA, R. C.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupo, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 465-475, out./dez. 2010

CUNHA, L. E. A. 10 anos de PSF. **Revista Ceará Saúde**, Fortaleza, 2005.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESINA, D. & FREITAS, C.M.F. (org). **Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANTAS, J. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Rev. Psicologia**, v.21, n.3, p.563-580, Set/Dez. 2009.

DECLARAÇÃO universal dos direitos humanos: Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al . O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set.2006 .

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DINIZ, Maria Cecília P.; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; SCHALL, Virgínia Torres. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Jun. 2009 .

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M.C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Res Health**, v.4, n.12, 2006.

FAVORETO, C. C. A. O; CAMARGO JR, K. R. Alguns desafios conceituais e teóricos-operacionais para o desenvolvimento do programa saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 , n.91, p.59-75, 2002.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; SCHIMITH, Maria Denise; CACERES, Nilton Carlos. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

FERRREIRA NETO, J. L. F.; KIND, L. **Promoção da Saúde: práticas grupais no programa de saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FERRI, S. M. N. et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Porto Alegre, v. 11, n. 23, p. 515-29, set./dez. 2007.

FIDALGO, L. **(Re)construir a maternidade numa perspectiva discursiva**. Lisboa(Portugal): Instituto Piaget, 2003.

FIGUEIRAS , A. C. et al. Uso do cartão da criança no município de Belém. **Revista Paraense de medicina**, Belém, v. 15, 2001.

FIGUEIRAS, A. C. M. *et al.* Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1691-1699, nov-dez. 2003.

FIGUEIREDO, G. L.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, 2004.

FIGUEIREDO, G.L.A. **Experiencias de famílias sobre vacinação de crianças menores de dois anos: subsídeos para o cuidado em Enfermagem**. Tese, 110p. (Doutorado em Enfermagem). Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Luciana Mara Monti et al . Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Mar. 2011.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIAPL DA SAÚDE. Mortalidade. **Bol. Saúde de Fortaleza**, Fortaleza, v. 14, n. 1, jan./jun. 2010.

FORTALEZA, SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. **Relatório de Gestão, 2011**.Fortaleza, 2011.

FOUCAULT, M. **O que é a crítica?** Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas, 1999. 32 f.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. Ed. São Paulo: Moraes, 1980

FREITAS, M. L. A., MANDÚ, E. N. T. *Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas brasileiras*. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.23, n.2, p. 200-205, 2010.

FREITAS, F.V.; REZENDE FILHO, L.A. Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.243-55, jan./mar. 2011.

FRINSCHISING, T.R.C. **Observação da relação mãe-bebê-família como ferrameta para o aprendizado da integralidade**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, 2005.

FROTA, M. A. et al. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Fortaleza, v.31, n. 2, p. 212-222, jul./dez. 2007.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais In: BAUER, M.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GARZA, C. New Growth Standards for the 21st Century: a prescriptive approach. **Nutr. Rev.**, v. 64, n. 5, p. s55-s59, 2006.

GARZA, C.; ONIS, M. A new international growth reference for young children. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 77, suppl., p. 169S-172S, 1999.

GARZA, C.; ONIS, M. Justificación para la elaboración de una nueva referencia internacional Del crecimiento. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 1, 2004.

GARZA, C.; ONIS, M. Rationale for developing a new international growth reference. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, p. s5-s14, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005.

GILL, R. Análise de discurso. *In*: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2008.

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 204-211, mar. 1990.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2010.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011 GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p. 393 – 403, 2009.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 26, n. 2, p. 106-112, 2008.

GREEN, L.W.; ANDERSON, C.L. **Community Health**. 5 ed. St. Louis, Missouri, EUA1996. KICKBUSH, I. **Twenty-first Health Promotion: the public health Revolution meets the Wellness Revolution 2003?** Health Promotion International, 2003.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.3, p.430-6, 2008.

HABERMAS, J. **Dialética e hermênutica**. Porto Alegre: LPM, 1978.

HABICHT, J. P. et al. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnics differences in growth potencial? **Lancet**, n. 1, p. 661-664, 1974.

JESUS, M.C.P.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; AGUILAR, K.S.M. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev APS.**, v.11, n.1, p. 54-61, 2008.

JORDAN, J. R. Crecimiento del niño como indicador de salud. *In*: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud materno infantil y atención primaria em las Américas**. Washington, 1984. (Publicación Científica, n. 461).

KANDEL, L. Rêflexion surl'usage de l'eentretien, notamment non directif et lês études d'opinion. **Epistémologie Sociologique**, v. 13, 1972.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**. New York (NY/USA): Basic Books Inc., 1988.

KREUTZ, I.; GAIVA, M. A. M.; AZEVEDO, R. C. S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.89-97, jan./mar. 2006.

KRIEGER, N. Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. **Int. J. Epidemiol.**, v. 30, p. 899-903, 2001.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Canada, 1981.

LANA, A.P.B. **O livro de estímulo à amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; HÜNING, S. M. **Políticas públicas de saúde da criança e cidadania**. IV Encontro Nacional da ABRAPSO: Psicologia Social e Fronteiras de Existência: fronteiras e conflitos. Maceió, 2009

LARA, L. **Saúde pública e saúde coletiva**: investindo na criança para produção de cidadania. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Fev. 2004.

LEVY, S. N. et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE On Line. 10., 1996. **Anais...** Brasília; 1996.

LIMA, Â. S. S. **Avaliação da atenção básica em Fortaleza, sob a ótica das mães de crianças menores de 5 anos**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LOURENÇÃO, L. G.; SOLER, Z. A. S. G. A implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 11, n. 3, p. 158-162, jul.set. 2004.

HEILBORN, M. L. O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. In: REICHER-MADEIRA, R.(organizador). **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1997. p. 292-339.

MACIEL, R. H. et al. Multiprofissionalismo e interação: equipes do PSF. In: SANTOS, J. B. F. (organizador). **Recursos Humanos em Saúde: Diagnósticos e Reflexões**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2008. p.77-98.

MACHADO, M.H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, p. 125-132, 2002..

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção à saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará.** 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, mar. 2008

MALINOWISK, B. **Objeto, método e alcance desta pesquisa:** desvelando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

MARCONDES, E. **Cartão da Criança.** 1991.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 17-25, abr. 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento ? **Cienc. Saúde Coletiva.** v.8, n.2, p. 403-415, 2003.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: a algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MELLO, D.F. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso.** 191p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998.

MENDONÇA, M. H. M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, Supl., p. 113-120, 2002.

MERCADO, F. J. M.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Ed.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71

MERCADO, F. J. M. et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Íbero-América no início do século XXI. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. M. **Avaliação qualitativa de programas de saúde.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público;** Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MEHRY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In:

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, fev. 2000

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**. v.27, n. 65, Rio de Janeiro, set./dez. 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

MEYER, D. E. E. **A politização contemporânea da maternidade: Construindo um argumento**. Revista Gênero ,Niterói(RJ), v.6, n.1, p. 81-104, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa Social In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

MONTEIRO, C. A. et al. Shifting obesity trends in Brazil. **Eur J Clin Nutr** , v. 54, p.1-5, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. The nutrition transition in Brazil. **Eur J Clin Nutr.**, v.49, p105-113, 1995.

MOREIRA, L. E., & NARDI, H. C. “Conciliar é possível”? Trabalho e maternidade em recortes da mídia contemporânea. In: SEMINÁRIO CORPO GÊNERO SEXUALIDADE: DISCUTINDO PRÁTICAS EDUCATIVAS, 2007, Porto Alegre. **Anais. Porto Alegre, RS: Ed. da FURG.**

MORLEY, D. **Paediatric priorities in the developing world.** London: Butterworths & Co., 1973.

MORLEY, D.; WOODLAND, M. **See how they grow:** monitoring child growth for appropriate health care in developing countries. London: Macmillan, 1979

MOURA, E. R. F., RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface-Comunicação S Educ.**, Botucatu, v. 7, n.13, p.109-118, 2003

MUTTI, R. O primado do outro sobre o mesmo. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 10., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. 1 CD-ROM.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Growth curves for children birth-18 years, United States.** Washington, DC: US Government PrintingOffice, 1977. (Vital and Health Statistics, Series 11, n. 165).

NÉRI, M.; COSTA, D. O Tempo das Crianças. **Revista Ensaios Econômicos da EPGE**, n. 468, dez. 2002.

NOGUEIRA, R.P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo – Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003, PP. 175-82.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NUNES, M.O; et al.O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v.18, p.1639-1646, 2002.

NUNES JUNIOR, A.T. A pré-compreensão e a compreensão na experiência hermenêutica. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 62, fev. 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/3711>>. Acesso em: 7 fev. 2011.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SILVA, Lenise Lobo da .O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.14-18, jan./mar. 2010.

ORLANDI, E. P. A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 10., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. 1 CD-ROM.

ORLANDI, E. **Interpretação:** autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4. ed. Campinas: Pontes, 2004.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F.. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p.761-3, nov/dez, 2004.

OLIVEIRA, J. M. A. M., OLIVEIRA, M. C. M. Educação em saúde: do Campanhismo ao Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, Goiânia(Goiás). 4., 2006. **Anais...** Goiânia; 2006.

OLIVEIRA, Vânia Lúcia Bezerra. et al . Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun. 2007 .

ONIS, M. et al. El estudio Multi-Centro de La OMS de Las Referencias Del Crecimiento: Planificación, Diseño Metodología. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 1, suppl. 1, 2004.

ONIS, M. et al.. WHO Child Growth Standards. **Acta Paediatrica**, v. 95, suppl. 450, p. 76-85, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2011.

ONYANGO, A. W.; PINOL, A. J.; DE ONIS, M. Managing data for multicountry longitudinal study: Experience from the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 1, suppl. 1, 2004.

PELICIONE, M. C. F. , PELICIONE, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde** , São Paulo, v.31, n.3, p.320-328, 2007.

PEREIRA, Rosane Siqueira Vasconcellos. et al . Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, dez. 2010 .

PILON, A.F. **A qualidade de vida e formas de relacionamentos homem-mundo. Revista Brasileira de Saúde Escolar**, n.2, pp117-25, 1992.

PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de Educação em Saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família. **Rev. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out.2011

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POTTER, J. Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background: In: RICHARDSON, J. (Ed.). **Handbook of qualitative research methods for psychology and the social science**. Leicester: British Psychological Society, 1996.

PRADO, S. R. L. de A.; FUJIMON, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

PUCCINI, R. F.; SILVA, N. N. da; ARAÚJO, N. S. de; PEDROSO, G. C.; SILVA, E. M. K. Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 143-155, maio/ago. 2002.

RATIS, C. A.; BATISTA FILHO, M. Aspectos e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, p.44-53, 2004.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; PINTO, L.F.S.; SILVA, P.L.B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saude Publica**, v.20, n. 2, p.534-545, 2004.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura**: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. ; DEL CIAMPO, L. A. **Puericultura**: temas de pediatria . São Paulo: Nestlé, 2005.

RIGER, S. What's wrong with empowerment. **Am JCommunity Psychol**, v. 21, p.279-292, 1993.

RIZZETTI, D. A.; TREVISAN, C. M. Rastreamento dos programas de saúde voltados para a criança elaborados pelas três esferas de governo. **Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n. ½, p. 27-31, 2008.

RIZZINI, I.; BARKER, G.; CASSANIGA, N. Políticas sociais em transformação: crianças e adolescentes na era dos direitos. **Educar em Revista**, Paraná, n.15, 1999.

ROCHA, A. A. R. M. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface Comum Saúde Educ.** v.9, n.17, p.303-316, 2005.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009 .

ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 6, p. 25-52, 1997.

ROSE, N. **The politics of life itself: biomedicine, Power and subjectivity em the Twenty-First Century**. Princeton e Oxford: Princeton University Press, 2007.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; RAMON, F.; SILVA, A. P. S. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. **Cad. Pesquisa**, v. 115, p. 65-100, mar. 2002.

ROZEMBERG, B. **A Intransparência da Comunicação: Crítica Teórico-Metodológica sobre a Interação do Saber e das Práticas Médicas e Experiência das Populações de Área Endêmicas de Esquistossomose.** Tese(Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública-Ensp, Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

RUSSEL, A.J. What is health? People Talking. The journal, v.34, PP. 34-7, 1995.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista de Saúde Materno Infantil**, 2005.

SANTANA, A. B.; et al. **Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério: relato de experiência na graduação em Enfermagem.** VII Congresso de brasileiro de Obstetricia e Neonatal, 2011.

SANTOS, B. S.S. **Crítica da razão indolente: contra desperdício da experiência.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, S.R. et al. Avaliação da assistência a saúde da mulher e da criança em crianças em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p.266-271, 2000.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: UNESP, 2004. p. 144.

SCHALL, V. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(Sup. 2), p.149-159, 1999

SCHLEIMARCHER, F. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação.** Petrópolis: Vozes, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas.** 1997. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em Saúde In: FIOCRUZ. **Dicionário de Educação profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009.

SCHARAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R.; NEMES, M. I. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a da sociologia da saúde para superação da polarização entre a visão do usuário e a perspectiva dos profissionais. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SILVA, Ana Caroline de Medina Alves e et al . Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Feb. 2009

SILVA, E. M. et al.. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 989-998, jul./ago. 2001.

SILVA, M. A. Políticas de Saúde para Crianças: apontamentos para a atuação da Enfermagem. In: GAÍVA, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente contribuições para o trabalho de enfermeiros (as)**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 21-25

SILVA, M.A.; OLIVEIRA, A.G.B.; MANDÚ, E.N.T.; MARCON, S.R. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidades para participação social. **Cogitare Enferm.**, v.11, n. 2, p.143-9, 2006.

SILVEIRA, A. S. A. et al.. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.299-305, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **AS NOVAS CURVAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Propostas para crianças de 0 a 5 anos**. 2008.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Differences between proposals for implementation of the social class concept in epidemiological studies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Sept. 1996.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24, 100-110, 2012 .

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V. E STOTZ, E.N. (org). **Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.11-22,1993.

SULLIVAN, E.A. et al. A population-based of imunization coverage in children aged 2 years and youger in New South Wales. **J. Paediatric Child Health**, Austrália, v.34, n.4, p.342-5, 1998.

SULLIVAN, S.A.; LEITE, K.R.; SHAFFER, M.L.; BIRCH, L.L.; PAUL, I.M. Urban parents' perceptions of healthy infant growth. **Clin Pediatr (Phila)**. v.50, n. 8, p.698-703, 2011.

SZILAGY, P.G. et al. Effect of 2 urban emergency departament immunization programs on chilhood immunization rates. **Pediatrics**, USA, v.151, n.10, p.999-1006, 1997.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. M. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TANNER, J. M. **A History of the study of human growth**. London: Cambridge University Press, 1981.

TEJADA-TAYABAS, L. M. Desafios teóricos, conceptuales y práen Salud e em America Latina. In: MERCADO, F. J.; MERCADO, A. **Evaluación Emergente de políticas y programas de salud**: avances y desafios em America Latina. Mérida, Mexico: Edun, 2010.

TENORIO, Aline e Silva; COBAYASHI, Fernanda. Obesidade infantil na percepção dos pais. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, dez. 2011.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface – Comunicação, Educação e Saúde**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha; MORAIS, Ana Silvia de; CELA, Mariana. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, jun. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 235-246, 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1561-1569, 2002.

UCHÔA, E; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p.497-504, out./dez. 2004.

VALLA, V. V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V.V.(organizador). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro (RJ): DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A medicina como deseducadora. In:**Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. *et al.* A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1225-1234, 2009.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad Saúde Pública**, São Paulo v. 14(Supl 2), p.39-57, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec,1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e pesquisa-ação como instrumento de reorientação da prática médica**. Campinas: Alínea, 2001.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; RIVERA, F.J.U.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.531-42, 2003.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VICTOR, J. F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro**. *Dissertação* (Mestrado). Centro de ? . Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

VICTORA, C. G.; ARAÚJO, C. L; ONIS, M. **Uma nova curva de crescimento para o século XXI**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2007.

VICTORA, C.B.; BARROS, F.C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.18, n.3, p. 197-205, 2005.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do Cartão da Criança em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, p. 177-184, 2005.

VITOLO, R. M. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

VITOLO, Márcia Regina; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, fev. 2010

WEBER, M. **The methodology of the social science**. Nova York: Glencoe, 1949

WHIJNHOVEN, T. M. A. et al. Assessment of Gross motor development in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 1, suppl. 1, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working Group on Infant Growth. **An evaluation of infant growth**. Geneva, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series, n. 854).

WHITED, M. **The concepts and principles of equity and health**. Document EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen: WHO Office for Europe, 1990.

WHO Division of Child Health and Development. Integrated Management of Childhood Illness: conclusions. **Bull World Health Organ.**, v.75, suppl. 1, p.119-128, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. *In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE*, 1978, Alma-Ata, U.S.S.R. **Report of...** Alma-Ata: UNICEF, 1978. p. 2-6.

WASTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva*. V.170. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ZOMBINI, E.V.; PELICIONI, M.C.F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** v.21, n.1, p.51-58. 2011.

ZANOLLI, M.L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Aug. 2001.

ZEFERINO, A. M. B.; FILHO, A.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A. Acompanhamento do Crescimento. **J. Pediatr.**, São Paulo, v. 79, supl.1, 2003.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS

Data ___/___/___ No.da entrevista: _____ Início: _____ Horário de término: _____

Nome do participante (fictício) : _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Grau de instrução: _____

Situação conjugal: _____ N° Filhos _____ Religião: _____

Mora com quem? _____

Renda familiar: _____ UBS que é atendida?
_____ Regional _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. O que a senhora acha dessa nova caderneta? O que mais lhe chamou atenção?
2. O que a senhora sabe sobre a Caderneta de Saúde da Criança? O que aprendeu com os profissionais sobre o que tem na caderneta sobre a saúde do seu filho?
3. Como a senhora acha que os profissionais deveriam utilizar a caderneta? Por quê?
4. Como a senhora acha que os profissionais deveriam informar as mães sobre como utilizar a caderneta? Por quê?
5. A senhora teria alguma sugestão para que ela fosse melhor utilizada ou compreendida pelas mães?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Data ___/___/___ No. da entrevista: _____ Início: _____ Horário de término: _____

Nome do participante (fictício) : _____

Registro da UBS: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____
Formação: _____ Tempo de Trabalho na UBS _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. O que você acha dessa nova caderneta? O que mais lhe chamou atenção?
2. Você acha que a nova caderneta de saúde da criança ajuda na sua rotina no serviço? Por quê?
3. Você encontra dificuldades? Fale sobre isso...
4. Como você acha que deve ser trabalhada a nova Caderneta de Saúde da criança durante a rotina? Por quê?
5. Você acha que as usuárias conseguem compreender as informações contidas na caderneta? Por quê?
6. Você teria alguma sugestão para que a nova caderneta de saúde da criança fosse melhor utilizada ou compreendida pelas mães?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÃES

Prezada Senhor(a),

Sou nutricionista, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Fortaleza-CE uma pesquisa intitulada “**A NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: Uso e Compreensão por Profissionais de Saúde e Usuários da Rede Pública de Fortaleza-CE**” sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Com essa pesquisa pretendo compreender como a nova Caderneta de Saúde da Criança é utilizada nos serviços de saúde por profissionais de sua unidade e ainda entender qual a representação que ela tem tanto para senhora como para outros usuários e profissionais. Para isso, pretendemos realizar uma entrevista que poderia ser em sua casa, ou local que a (o) senhora (o) julgar mais confortável. Para que não nos esqueçamos das informações que a senhora irá nos fornecer usaremos um gravador e a qualquer momento você poderá ter acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Gostaria de informar que não trabalho em nenhum cargo do município, sendo que este tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados no relatório final, no qual estará em segredo a identidade da(o) senhora(o) e de todos aqueles que participarem da pesquisa. Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso outras pessoas irão ouvi-las. O fato de participar ou não do estudo não lhe trará prejuízo profissional e nem algum mal-estar em relação aos profissionais do serviço. Garanto que as informações que as conversas que teremos serão apenas para a realização da minha pesquisa, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Não tiraremos fotos e nem realizaremos filmagens. A (o) senhora (o) tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Acreditamos que este estudo poderá auxiliar na melhor compreensão do serviço e do uso da Caderneta de Saúde da Criança e que possamos estar trazendo para dentro do serviço sua opinião. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Elisa Santos Magalhães Rodrigues, residente na Rua Ana Bilhar, nº 911, aptº 501 e telefone: (85)87821650.

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa **“A NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: Uso e Compreensão por Profissionais de Saúde e Usuários da Rede Pública de Fortaleza-CE”**, realizada pela nutricionista Elisa Santos Magalhães Rodrigues e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<hr/> <p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<hr/> <p>Elisa Santos Magalhães Rodrigues (Responsável pela pesquisa)</p>
--	--

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezada Senhor(a),

Sou nutricionista, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Fortaleza-Ce uma pesquisa intitulada “**A NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: Uso e Compreensão por Profissionais de Saúde e Usuários da Rede Pública de Fortaleza-CE**” sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Com essa pesquisa tenho como objetivo compreender a nova Caderneta de Saúde da Criança tem sido utilizada e como tem sido percebida nos serviços de saúde por profissionais em Fortaleza-Ce. Para tanto estaremos realizando uma entrevista individual. Gostaria de acrescentar que não detenho de nenhum cargo administrativo neste município, sendo que este tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da pesquisa (amostra). Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Reforço que o fato de participar ou não do estudo não lhe trará prejuízo profissional.

Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização da minha pesquisa, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade da pesquisadora e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O (a) senhor(a) tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Elisa Santos Magalhães Rodrigues, residente na Rua Ana Bilhar, nº 911, aptº 501 e telefone: (85) 878

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa **“A NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: Uso e Compreensão por Profissionais de Saúde e Usuários da Rede Pública de Fortaleza-CE”**, realizada pela nutricionista Elisa Santos Magalhães Rodrigues e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<hr/> <p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<hr/> <p>Elisa Santos Magalhães Rodrigues (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE E – CHECK-LIST DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

SOBRE O SERVIÇO EM GERAL:

1. Como é a rotina do serviço: estratégia utilizada para a organização – acolhimento
2. Como se dá o serviço nos dias de atendimento infantil – fluxo, organização, assiduidade dos profissionais, impressões sobre a rotina, etc.
3. Em que momento a nova caderneta é utilizada pelo serviço
4. Relação entre os profissionais
5. Estrutura da unidade: espaço físico, recursos humanos, principais dificuldades
6. Rede de relações com outros espaços: creches, pastoral, associações, etc.
7. Participação da comunidade – controle social

NO DIA DA CONSULTA DA USUÁRIA

1. Como a usuária é recebida pelo serviço
2. Quais suas manifestações
3. Como é recebida pelo profissional da consulta
4. Quais as manifestações dela nesse momento
5. O profissional usa a nova caderneta de saúde da criança
6. Se sim, como é utilizada, quais os aspectos mais ressaltados pelos profissionais durante a consulta
7. O profissional faz as anotações necessárias
8. Ele estabelece algum diálogo com a usuária
9. O profissional refere alguma explicação em relação a caderneta e o porquê de suas anotações
10. Ele incentiva a usuária para a leitura e uso próprio da caderneta
11. Tempo da consulta

**ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**