

**AS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ E SEUS DESAFIOS: ANÁLISE DOCUMENTAL E
ESCUITA DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E DA PEDIATRIA DE
MONTENEGRO/RS**

Georgius Cardoso Esswein

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, junho de 2023

**AS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ E SEUS DESAFIOS: ANÁLISE DOCUMENTAL E
ESCUITA DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E DA PEDIATRIA DE
MONTENEGRO/RS**

Georgius Cardoso Esswein

**Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor
em Psicologia sob orientação da Profa. Rita de Cássia Sobreira Lopes, PhD.**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, junho de 2023

AGRADECIMENTOS

A composição final deste manuscrito me convocou a olhar para tudo que aconteceu e foi feito nesses anos de doutoramento. Para além da presente tese, concretizada em forma de texto, houve um percurso em que muitos se fizeram presentes, em quanto companhia, ou enquanto experiência que carrego comigo até hoje. Muito obrigado:

A todos os profissionais de saúde, em especial da rede de saúde de Montenegro que, apesar de todos os desafios e o enfrentamento de uma pandemia, mantiveram-se na aposta da vida e cuidado à saúde;

À Prof^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes, pela orientação da presente tese, reflexões, questionamentos e disponibilidade para o projeto SUSBEBÊ;

Aos professores membros da banca de qualificação e de defesa César Augusto Piccinini, Tagma Schneider Donelli e Dorian Mônica Arpini pelas sugestões e reflexões na qualificação e aceite em serem meus interlocutores;

Ao NUDIF e todos seus membros pelas discussões e reflexões proporcionadas;

Ao CNPq pela oportunidade de bolsa de doutorado;

Aos gestores da secretaria e unidades de saúde de Montenegro, que abriram as portas dos serviços de saúde e apontaram caminhos;

À biblioteca Hélio Alves de Oliveira, por todo apoio na busca de materiais que ajudassem a contar a história do município;

Aos amigos e colegas de projeto Pedro Gil, Mariana Puccinelli e Ana Paula Scheffler, pelos debates, discussões, risadas e acolhimento;

Às alunas de Iniciação Científica que participaram de diversas etapas desse projeto, Adriana Dias, Amanda Schnor, Caroline Winter e Débora Villanova.

À minha família, sobretudo minha mãe Adriana e meus irmãos Lutiero e Anita, por todo apoio, escuta, acolhimento e incentivo sem o qual nada disso seria possível.

Ao amigo há mais de 13 anos, colega e vizinho de porta Gibson Weydmann, pela parceria no trabalho e na vida;

Ao amigo Kalil Manara, pelas partilhas que fazem amadurecer e permitem sonhar;

À Marianna Ribeiro Pires por todo afeto, partilha, e oportunidade de enxergar o mundo através de tantos olhos;

Ao amigo e colega de profissão Gabriel Bernardi pelo amparo nos momentos difíceis, trocas, fugas, alívios e paciência;

À amiga e colega de profissão Aline Rovaris pela amizade, acolhimento e apoio durante todos esses anos;

À Jonas César, com quem divido amizade e cotidiano;

À diversos outros amigos e parceiros, em especial à Isadora Pastore e Bruna Trus;

À Alexei Indusrky, pela escuta que fomenta a autoria;

E aos ex-professores de minha trajetória que acenderam e inflamaram meu interesse pela pesquisa, sobretudo Sílvia Benetti, Daniel Abs, Daniela Levandowski e Simone Bicca.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE TABELAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUÇÃO.....	11
Apresentação	11
A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS)	15
Atenção Básica: o cuidado à saúde no território.....	25
A história da saúde da criança e do bebê no contexto de políticas públicas no Brasil	31
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.....	38
Pesquisas empíricas sobre a prática dos profissionais nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	44
Justificativa e objetivos.....	50
CAPÍTULO II	52
ENTRE MANUAIS, GUIAS, CADERNOS E CADERNETAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DE DOCUMENTOS QUE ORIENTAM A PRÁTICA DE CUIDADO À SAÚDE DO BEBÊ NA ATENÇÃO BÁSICA.....	52
Introdução	53
Percurso metodológico.....	59
Resultados e discussão	62
<i>Documentos da Atenção Básica informativos e de orientação a profissionais e cuidadores.....</i>	<i>62</i>
<i>CADERNOS E CADERNETAS: dispositivos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês</i>	<i>76</i>
CAPÍTULO III.....	92
CONHECENDO O TERRITÓRIO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE A HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE MONTENEGRO	92
Introdução	92
Método: Análise documental sobre o território	92
Resultados.....	96
CAPÍTULO IV	109
CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO CUIDADO À SAÚDE DO BEBÊ E SEUS CUIDADORES NO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO/RS	109
Introdução	109
Método	111

<i>Pesquisa psicanalítica</i>	111
<i>Participantes</i>	112
<i>Percurso de realização de entrevistas</i>	113
<i>Percurso de análise de entrevistas</i>	115
<i>Considerações éticas</i>	115
Resultados	116
<i>A decisão de trabalhar com os bebês</i>	116
<i>Formação</i>	121
<i>Os bebês não falam</i>	128
<i>Relação com os cuidadores</i>	131
<i>Caderneta da Criança</i>	153
<i>Desafios para o cuidado além do corpo</i>	160
<i>O que os bebês provocam nos profissionais de saúde</i>	164
<i>Centralização na Pediatria e outros desafios da rede</i>	169
<i>Pandemia de COVID-19</i>	174
CAPÍTULO V	180
DISCUSSÃO GERAL	180
Considerações finais: os efeitos de uma escuta	203
REFERÊNCIAS	209
ANEXO A	241
ANEXO B	242
ANEXO C	243
ANEXO D	245
ANEXO E	249

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção de artigos.....	242
--	------------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos documentos identificados na biblioteca do SAPS.....	65
Tabela 2: Conteúdos presentes nos cartões e cadernetas através do tempo.....	89
Tabela 3: Documentos de orientação para utilização dos Cartões e Cadernetas.....	90
Tabela 4: Documentos analisados sobre história e rede de saúde de Montenegro.....	94
Tabela 5: Caracterização dos profissionais entrevistados.....	113

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado nas Unidades de Saúde é uma das principais práticas de cuidado à saúde do bebê na Atenção Básica. Considerando a complexidade desse trabalho, realizado em cada território, a presente tese tem como objetivo escutar profissionais que atuam nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no território de Montenegro/RS sobre os desafios envolvidos em seu trabalho. Primeiramente, apresentam-se análises documentais a partir de materiais que orientam o acompanhamento do bebê (0-2 anos) na Atenção Básica do SUS e também de documentos que ajudam a recompor a história do município de Montenegro/RS e a organização de seu sistema de saúde. Num segundo momento, a partir do dispositivo psicanalítico de escuta, foram entrevistados 15 profissionais da Enfermagem e da Pediatria que atuam nas consultas. Observou-se que os documentos relacionados ao trabalho dos profissionais não dão conta das especificidades de cada território, além de se referenciar em concepções hegemônicas de família e de desenvolvimento. Observa-se que a formação adultocêntrica e a centralização no saber pediátrico impõem-se enquanto desafios para os profissionais de saúde de Montenegro que, por vezes, precisam recorrer às suas próprias experiências para responder às demandas de trabalho. Uma relação de confiança com os cuidadores é valorizada pelos profissionais, que por outro lado, implica em demandas subjetivas no contato com a diversidade de cuidadores. A escuta é tida como elemento importante de cuidado e pensada na presente tese enquanto dispositivo formativo, tendo em vista os efeitos por ela produzidos no presente estudo, reconhecidos pelos próprios profissionais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Saúde da Criança. Crescimento e Desenvolvimento. Puericultura.

ABSTRACT

The monitoring of growth and development carried out in Health Care Units is one of the healthcare practices for infant care in Primary Health Care. Considering the complexity of this work, performed in each territory, this thesis aims to listen to professionals who work in growth and development monitoring consultations in the territory of Montenegro/RS, regarding the challenges involved in their work. Firstly, documentary analyses are presented based on materials that guide the monitoring of infants (0-2 years old) in Primary Health Care of the Unified Health System (SUS), as well as on documents that contribute to reconstructing the history of Montenegro/RS and the organization of its healthcare system. Then, utilizing the psychoanalytic listening approach, 15 nursing and paediatric professionals who work in these consultations were interviewed. It was observed that the documents related to the professionals' work do not consider the specificities of each territory, in addition to being based on hegemonic conceptions of family and children development. The adult-centric training and the centralization on paediatric knowledge present challenges for healthcare professionals in Montenegro, who sometimes need to rely on their own experiences to respond to work demands. Establishing a relationship of trust with caregivers is valued by professionals. On the other hand, it entails subjective demands when dealing with caregiver diversity. Listening is considered an important element of care and is conceptualized in this thesis as a formative method, considering the effects it produced in this study, as recognized by the professionals themselves.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Child Health. Growth and Development. Childcare.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

A presente tese de doutorado é resultado de uma soma de experiências acadêmicas e pessoais que se expressam na confluência de diversos campos do saber. Apesar de o modelo de ciência moderna insistir na separação entre pesquisador e objeto (Chalmers, 1993), parto de uma compreensão de que o pesquisador é um sujeito histórico e faz parte do próprio contexto de pesquisa. Portanto, cabe mencionar algumas experiências que permitiram a interlocução entre diferentes áreas do conhecimento durante minha formação, a saber: a Psicologia, Saúde Coletiva e Ciências Sociais.

Meu interesse pela pesquisa iniciou ainda no período de minha graduação, quando tive a oportunidade de integrar, em diferentes momentos, três grupos de pesquisa. Minha primeira experiência foi junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, entre os anos 2011-2012. Na ocasião, tive meu primeiro contato com conceitos fundamentais da Saúde Coletiva e da própria compreensão da necessidade de avançarmos em termos de políticas públicas de saúde, rompendo com concepções individualistas de saúde.

Em um segundo momento, integrei um grupo de pesquisa do Programa de pós-graduação em Psicologia da Unisinos, entre os anos 2012-2015, em um estudo sobre o processo de psicoterapia psicanalítica com adolescentes. Enquanto fundamento para a realização desse tipo de estudo, sempre havia sob pano de fundo a importância de considerar a assertividade do processo terapêutico, sobretudo quando inserido no contexto de políticas públicas.

Já em um terceiro momento, tive contato com um grupo de pesquisa do Programa de pós-graduação em Ciências Sociais da Unisinos, entre os anos 2013-2015. Ainda que o tema ao qual me dediquei naquele momento se afaste do que pude desenvolver posteriormente, trata-

se de uma experiência importante em meu processo formativo, em termos de atentar-se para discursos que envolvem tanto as práticas coletivas quanto individuais.

Interessado em pesquisas sobre Psicanálise e desenvolvimento infantil, tema fomentado por experiências de estágio, e em como a Psicologia poderia contribuir para a Saúde Coletiva, realizei meu mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Em minha pesquisa, dediquei-me à realização de uma formação com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre desenvolvimento psíquico de bebês de 0-18 meses, utilizando como dispositivo os Indicadores Clínicos de Referência para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Na ocasião, houve momentos de escuta dos profissionais sobre o processo formativo, no qual afirmaram poder refletir sobre o desenvolvimento infantil a partir de suas próprias experiências, dentre elas, algumas compartilhadas nesses momentos em grupo.

Movido pelo interesse em seguir estudando o campo de políticas públicas voltadas aos bebês no contexto brasileiro, ingressei no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2018, sob orientação da professora Dra. Rita de Cassia Sobreira Lopes, no Núcleo de Infância e Família (NUDIF). Junto a outros colegas, coletivamente, elaboramos o projeto de pesquisa que primeiramente tinha como objetivo conhecer as práticas dos profissionais do SUS voltadas para a saúde psíquica dos bebês.

No entanto, no decorrer do processo, entendemos como fundamental compreender os desafios envolvidos no trabalho desses profissionais, que já realizam diversas ações voltadas para a saúde integral. Dessa forma, o projeto foi rebatizado como: “SUSBEBE: desafios envolvidos nas ações e práticas de profissionais do SUS voltadas à saúde integral do bebê”, cujo objetivo atual é conhecer as experiências e os desafios dos profissionais da Atenção Básica do SUS em seu trabalho com bebês de 0-2 anos e seus cuidadores (NUDIF, 2018). Trata-se de

um projeto guarda-chuva, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob protocolo nº 4.175.319¹.

A presente tese faz parte deste projeto, que se propõe a escutar os profissionais da linha de frente sobre suas experiências no cuidado à saúde integral do bebê e seus cuidadores. Do ponto de vista de minhas experiências ulteriores, trata-se agora de voltar-se para o cotidiano desses profissionais e conhecer o que já é desenvolvido por eles, com especial atenção aos desafios.

Durante o processo da construção desse projeto coletivo, as particularidades da Atenção Básica sempre me chamaram muito a atenção, sobretudo por se tratar de um nível de atenção que permite um acompanhamento longitudinal dos bebês, ao longo de seu desenvolvimento, em Unidades de Saúde localizadas no território das famílias. Se por um lado, estar próximo das famílias permite o acompanhamento do território singular, atento à suas especificidades, demandas de saúde, cultura e a possibilidade do estabelecimento de relações próximas; por outro, isso pode ser um desafio para os profissionais. E considerando a potencialidade da escuta dos profissionais sobre suas experiências, essa tese propõe-se também a oportunizar espaços de fala para tais desafios.

No contexto da Atenção Básica é que são desenvolvidas uma parte muito significativa das políticas voltadas para os bebês. Diversos são os dispositivos utilizados pelos profissionais para compor essa rede de cuidados em saúde, sendo eles: consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, realizadas sobretudo por profissionais da Medicina e da Enfermagem; Caderneta da Criança; orientação para os cuidadores; visitas domiciliares; triagem neonatal; e realização do calendário vacinal (Brasil, 2018). A presente tese debruça-se sobre as consultas de acompanhamento do bebê, realizadas de forma sistemática nas Unidades

¹ Parecer que aprova o projeto de acordo com as exigências sanitárias decorrentes da pandemia de COVID-19.

de Saúde. Meu interesse por esse dispositivo se dá pelo reconhecimento do potencial desse espaço de encontro entre profissional-usuários.

Considerando-se tratar de um estudo situado no contexto das políticas públicas de saúde do bebê, visou-se um alinhamento entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde e o estudo desenvolvido. Portanto, sabendo da importância que o território tem nessas diretrizes, minha tese foi desenvolvida a partir de entrevistas realizada com profissionais de saúde do município de Montenegro/RS. Reafirmando ainda mais a importância do território e da relação entre o pesquisador e o objeto de pesquisa, cabe destacar que se trata de minha cidade natal, na qual vivi até meus 19 anos de idade.

Esta tese é composta por cinco capítulos. O primeiro deles, compõe a presente introdução. O segundo, apresenta uma análise documental sobre os materiais que orientam o trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica que acompanham o bebê no SUS. O terceiro, descreve uma pesquisa sobre o território de Montenegro, apresentado suas particularidades históricas e constituição da rede de saúde do bebê. O quarto, propõe-se a analisar, a partir de entrevistas, os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica de Montenegro/RS envolvidos nas consultas de acompanhamento do bebê. O quinto, apresenta uma discussão geral, integrando as discussões apresentadas ao longo da tese. E por fim, como considerações finais, apresenta-se uma discussão sobre os efeitos da escuta na presente pesquisa e enquanto dispositivo de formação.

Além da presente apresentação, a introdução é composta pelos seguintes tópicos: *A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS)*, em que será apresentado o arcabouço histórico e conceitual para as bases do SUS, compreendendo-o como uma conquista da população brasileira; *Atenção Básica: o cuidado à saúde no território*, em que se busca descrever o funcionamento da Atenção Básica, suas atribuições e potencialidades; *A história da saúde da criança e do bebê no contexto de políticas públicas no Brasil*, em que é apresentada a história

das políticas públicas de saúde voltadas ao bebê, bem como o panorama atual; *Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê*, em que são apresentados aspectos conceituais, a operacionalização das consultas; *Pesquisas empíricas sobre a prática dos profissionais nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento*, em que é apresentado um panorama geral de pesquisas recentes e uma discussão sobre estudos empíricos realizados neste contexto; e por fim, a *Justificativa e objetivos*, em que, após a apresentação de um panorama geral, descreve-se a proposta da presente tese.

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema único de Saúde (SUS) é a maior conquista do Brasil na área da saúde. Trata-se de um sistema de saúde público e universal que é exclusivamente responsável pelo atendimento à saúde de pelo menos 150 milhões de brasileiros, o que corresponde a mais de 70% da população, para além daqueles que também utilizam de planos de saúde de iniciativa privada (Brasil, 1990a, IBGE, 2020; Mendes, 2013). Ou seja, o SUS é usado por todos, inclusive por aqueles que utilizam serviços que compõem a rede suplementar (privada) de saúde. Este é um feito não repetido por nenhum outro país no mundo do tamanho do Brasil (Menicucci, 2014). Essa conquista se deu através de um processo histórico marcado por movimentos políticos e sociais em busca da liberdade democrática do Estado, visando também políticas públicas voltadas aos direitos humanos básicos e bem-estar social (Paim, 2009; Paiva & Teixeira, 2014; Santos, 2013). Esse processo será brevemente apresentado nessa seção, buscando contextualizar a construção do SUS e a importância de investir nesse sistema.

Primeiramente, é importante destacar que até a década de 1920 o modelo assistencial de saúde no Brasil era incipiente. Somente tinha acesso à saúde quem podia pagar, caso contrário, dependia de assistência filantrópica, sobretudo de entidades religiosas. Ainda que na virada do século XIX, com o início da república, os estados fossem responsáveis pela saúde da

população, mantinha-se omissa. Sua maior atuação foi para o controle de epidemias e doenças endêmicas, a partir de campanhas lideradas por nomes celebrados até hoje, como Oswaldo Cruz ou Carlos Chagas (Paim, 2009). Cabe lembrar que, na época, o Ministério da Saúde ainda não existia, e a saúde pública era tratada pelo Ministério da Justiça e Negócios Internos, o que nas palavras de Paim (2009, p.29), significava que a “saúde era tratada mais como um caso de polícia do que como questão social”.

Entre as décadas de 1920 e 1930 dois acontecimentos importantes impactaram na assistência à saúde da população brasileira: o estabelecimento da entidade denominada Ministério da Educação e da Saúde Pública, que passou a ser responsável pelas campanhas sanitárias; e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), posteriormente substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), responsáveis pela assistência à saúde de trabalhadores assalariados. Nesse contexto, as ações preventivas (campanhas) e curativas (assistência médica) eram desconectadas e não integradas (Giovannella & Mendonça, 2012; Paim, 2009). Cabe mencionar que em termos assistenciais, prevalecia um modelo meritocrático, em que apenas contribuintes da previdência social tinham algum direito de acesso à saúde, de acordo com sua categoria profissional. Para os demais, somente restava atendimentos filantrópicos. Tal modelo se manteve mesmo após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e adentrou o regime militar, resultante do golpe de 1964 (Menicucci, 2014; Paim, 2009; Paiva & Teixeira, 2014).

O projeto de criação do SUS não se trata apenas de uma reorganização do sistema de saúde do país, mas de uma reorientação dos ideais sobre a política social brasileira, em que o conceito de saúde é reformulado e o acesso é considerado como um direito de todo cidadão (Heinmann & Mendonça, 2005; Paim, 2009). Um movimento muito importante para a consolidação das bases e diretrizes do que viria a se tornar o SUS, foi a Reforma Sanitária. Trata-se de um movimento de mudanças em relação às instituições e práticas de saúde que

sustentava o direito à saúde como parte da cidadania e democracia do país. Fazendo assim, um contraponto ao regime ditatorial, vigente na época de seu surgimento (Escorel, Nascimento, & Edler, 2005; Massuda, Hone, Leles, de Castro, & Atun, 2018; Paiva & Teixeira, 2014).

É importante considerar que no contexto do golpe militar de 1964 houve uma tentativa de desorganização da vida política do país, através de exclusão do pluripartidarismo e cerceamento de direitos sociais (Paiva & Teixeira, 2014). Além da perseguição de profissionais e pesquisadores que defendiam a democratização do acesso à saúde, o regime militar foi caracterizado pelo pouco investimento na área da saúde pública, que não chegava a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) (Escorel et al., 2005).

Por outro lado, diversas medidas buscavam privilegiar o setor privado de saúde e a privatização dos serviços públicos, além de diminuir a participação social e representação civil na gestão da saúde (Menicucci, 2014; Paiva & Teixeira, 2014). A falta de transparência também foi um cenário profícuo para a existência de corrupção e a utilização de recursos públicos para a reforma de hospitais privados. Além disso, esse período foi marcado pelo “boom” dos cursos privados de medicina no país, que tinham uma concepção de práticas médicas com enfoque curativo (Escorel, et al. 2005).

Na década de 1970, quando confluíam a crise internacional e o fim do governo Médici, criou-se um campo de tensões políticas no país que a censura já não era mais capaz de conter. Pesquisas que demonstravam o impacto negativo de medidas impopulares adotadas pelo regime ganhavam visibilidade. Esse contexto oportunizou o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas, inclusive na área da saúde (Escorel, et al. 2005; Paiva & Teixeira, 2014).

Como consequência de pressões, inclusive internacionais, assume-se a necessidade de desenvolver estratégias de planejamento integral, envolvendo o desenvolvimento econômico e do bem-estar social, a partir de pesquisas epidemiológicas. Tais medidas, aliadas a

mobilizações, repercutiram no aumento de verbas para a área da saúde e para o controle de doenças. Assim, em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), marcando oficialmente o início da separação entre a Saúde e a Previdência Social (Paiva & Teixeira, 2014).

No entanto, a necessidade de profissionais para essa nova organização, que tinha novas demandas técnico-científicas, não poderia ser suprida apenas pelos profissionais já existentes nas agências de saúde. Diversos profissionais convidados a integrar a gestão desse novo sistema tinham posições progressistas e de oposição ao regime (Paiva & Teixeira, 2014). Assim, em 1976, em uma das primeiras ações do Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi criado o Programa de Interiorização de Ações em Saúde e Saneamento (PIASS). Esse programa oportunizou a expansão da rede de Atenção Primária à Saúde, o aumento de sua cobertura de forma descentralizada, e maior democratização do acesso à saúde (Scorel, et al. 2005; Paiva & Teixeira, 2014). Podemos ver repercussões desse programa no que hoje temos estruturado como Atenção Básica, que será abordada posteriormente.

Outros dois marcos importantes foram a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que foi articulada a partir de professores e pesquisadores da área de Saúde Coletiva, buscando defender a democratização da saúde, a participação popular, a criação de um sistema universal, e fazer oposição às velhas formas de fazer saúde; e a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), articulado por líderes do movimento sanitário e de posicionamento crítico (Scorel, et al. 2005; Paim, 2009; Paiva & Teixeira, 2014). Ampliar a saúde para todo o cidadão brasileiro sintonizava-se também com as orientações de agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Paim, 2009; Paiva & Teixeira, 2014).

A complexificação do conceito de saúde, para além da ausência de doença, e a compreensão da saúde enquanto um direito foi reflexo de movimentos nacionais e

internacionais. O primeiro acontecimento internacional trata-se da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948), que em seu Artigo 25 estabeleceu que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe a saúde. O segundo, trata-se da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata (URSS), que redefiniu novas formas de pensar a saúde no mundo. Nessa conferência, em que o Brasil não esteve presente, a OMS reconheceu junto a 134 países a saúde como um direito fundamental de todo ser humano e responsabilidade dos governos. Na ocasião, o conceito de saúde também é discutido e ampliado, passando a ser definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de doenças (Declaração de Alma-Ata, 1978; Giovanella & Mendonça, 2012).

Críticas podem ser feitas a essa nova conceituação para saúde, podendo ser considerada como inatingível. No entanto, trata-se de um marco muito importante para avanços em relação ao modelo biomédico. Os desenvolvimentos econômico e social também passaram a ser reconhecidos como fatores determinantes para a saúde, contemplando aspectos de prevenção e proteção, para além das práticas curativas. Por fim, um outro aspecto a ser destacado sobre a conferência é a ênfase atribuída à Atenção Primária à Saúde, sendo a sua ampliação reconhecida como um caminho possível para atingir a meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000” proposta pela OMS em 1979 (Declaração de Alma-Ata, 1978; Escorel, et al. 2005; Heinmann & Mendonça, 2005; Paiva & Teixeira, 2014).

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, referido anteriormente, foi um dos principais difusores da ideia de direito à saúde. O movimento teve início nas universidades, sobretudo nos departamentos de medicina preventiva, medicina social e saúde pública (Escorel, et al. 2005; Paim, 2009; Paiva & Teixeira, 2014) e teve apoio de diversos outros movimentos como o da categoria médica, movimentos populares de saúde, partidos de esquerda clandestinos, Comunidades Eclesiais de Base (CEB), entre outros (Menicucci, 2014). E foi

durante a Nova República que, de fato, líderes do movimento sanitário assumiram cargos importantes na gestão da saúde do país (Escorel, et al. 2005).

Enquanto a conferência em Alma-Ata (URSS) (1978) teve repercussões internacionais, no Brasil dois acontecimentos marcam esse novo momento e forma de pensar a saúde pública. O primeiro deles é o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, da Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979. No evento, organizado pela CEBES, foi apresentada a primeira proposta de um sistema público de saúde para todos, que viria a se tornar o SUS. Esse registro deixa claro que, desde sua primeira proposta, o SUS nasce de uma demanda da sociedade, e não de proposições governamentais ou partidárias (Paim, 2009).

O segundo acontecimento trata-se da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na ocasião, que contou com a participação de diversas instituições do setor, representantes da sociedade civil e profissionais, foram lançados os princípios da reordenação da saúde no país a partir de um dispositivo de controle social de saúde pública. Três grandes temas foram tratados na conferência: saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e o seu financiamento. Assim, foi nessa conferência que foi estabelecida a criação de um sistema único e universal de saúde no Brasil. Ainda, cabe destacar que nessa oportunidade foi proposta uma reformulação do conceito de saúde no país, de modo que o direito à saúde passa a referir-se também a condições dignas de vida, incluindo condições de trabalho, alimentação, moradia, educação, meio-ambiente, transporte, lazer, liberdade entre outros. Portanto, suas ações deveriam se expressar de diferentes formas, considerando sua promoção, proteção e recuperação, nos diferentes níveis de atenção (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). Essa reformulação, incluída posteriormente nas bases legais do SUS, é a expressão de um avanço importante no entendimento sobre saúde, que passou a considerar fatores econômicos e sociais (Paim, 2009).

Reflexos da 8ª Conferência Nacional de Saúde podem ser observados na Constituição Federal brasileira de 1988, marco do reestabelecimento do regime democrático no país. Em

seu texto, a Constituição reconhece a saúde enquanto um direito universal de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (Brasil, 1988), sendo uma das bases legais do SUS. Em 1990, através das leis 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e 8.142/1990 (Brasil, 1990b), o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado.

Em sua base legal, o SUS é definido como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990a). Para seu funcionamento, o SUS é orientado por princípios e diretrizes, que expressam direitos conquistados (Matta, 2007).

Apesar de os princípios e diretrizes do SUS não serem consensuais entre os documentos considerados as bases legais do SUS, e não haver uma diferenciação explícita entre princípios e diretrizes, será adotada aqui a definição feita por Matta (2007), de princípios enquanto base filosófica e ideológica², e diretriz enquanto estratégias e meios de organização para sua concretização. Dessa forma, os três princípios do SUS podem ser considerados: Universalidade, Equidade e Integralidade (Brasil, 1990a).

Universalidade de acesso refere-se à afirmação de que saúde é um direito, e que, portanto, todos cidadãos deve ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Esse direito se estende também a todo estrangeiro que porventura esteja no país (Brasil, 1990a). O princípio da equidade significa tornar o acesso à saúde e assistência igual entre os usuários. Ou seja, priorizar os sujeitos e populações vulnerabilizados, em que a iniquidade é maior. Apesar da palavra equidade não estar presente nos textos fundacionais do SUS, pois o princípio é definido enquanto “igualdade”, em legislações mais recentes e textos acadêmicos é assim que o princípio vem sendo apresentado (Brasil, 1990a; Matta, 2007; Paim, 2009). Por fim, o último princípio refere-se à integralidade, e possivelmente, é o mais polissêmico de todos eles.

² A concepção de ideologia referida pelo autor trata-se de um conjunto de ideias e valores.

Segundo Matta (2007), é possível atribuir à integralidade ao menos quatro sentidos diferentes, de acordo com como ela é conceituado em diferentes políticas de saúde. O primeiro deles, refere-se ao entendimento de que não há sistemas de saúde paralelos, mas a integração da gestão e serviços de saúde voltados à prevenção ou assistência. O segundo, refere-se à concepção epistemológica do processo saúde-doença, que incorpora um conceito integrado de saúde. Ou seja, trata-se de compreender o sujeito como um todo, suas relações com a sociedade e meio ambiente, em oposição ao reducionismo biomédico. O terceiro sentido, refere-se ao planejamento em saúde para a formulação de políticas pautadas na atenção integral, priorizando necessidade de grupos vulnerabilizados. E por fim, o quarto sentido tem foco nas relações entre trabalho, educação e saúde na formação e gestão do SUS, integrando o trabalho vivo e o trabalho intelectual e acadêmico sobre as práticas de saúde.

Já as diretrizes, o alicerce estrutural a ser articulado com os princípios, podem ser organizadas em três (Matta, 2007). A primeira delas é a Descentralização, que se refere a como é feita a distribuição do poder político e responsabilidade de recursos. Trata-se da corresponsabilização entre federação, estado e município. A segunda diretriz é a Regionalização e Hierarquização, que se refere à organização das redes de serviço, com foco na noção de território. Ou seja, a disponibilidade de rede e serviços deve ser organizada de acordo com indicadores epidemiológicos e população de cada território. Nesse sentido, cabe a cada município organizar sua rede de atenção de acordo com a necessidade de sua população, condições de vida e cultura. E por fim, a terceira diretriz é a Participação popular, que se refere às instancias colegiadas e conferencias à níveis municipais, estaduais e nacionais, que avaliam e propõem melhorias para o SUS. Trata-se de uma conquista da Reforma Sanitária, que confere ao usuário poder deliberativo para decisões referentes ao sistema de saúde.

A assistência à saúde preconizada pelo SUS ocorre por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação, com a priorização de ações assistenciais e preventivas

(Brasil, 1990a). A *promoção* refere-se às ações voltadas às comunidades para que estas possam atuar na melhoria da qualidade de vida de seus membros, considerando sua autonomia e participação nesse processo (Brasil, 2004a); *proteção* refere-se sobretudo às ações do Estado de regulação daquilo que possa interferir na saúde da população. Tais medidas expressam-se principalmente nos sistemas de vigilância em saúde (Seta, Oliveira, & Pepe, 2017); e *recuperação* refere-se ao cuidado daqueles que já estão doentes ou em sofrimento. Trata-se de uma das ações mais evidentes nos serviços de saúde (Carvalho, 2013). As ações assistenciais referem-se àquelas realizadas sobretudo nos contextos hospitalares e ambulatoriais (Brasil, 2004a), já as ações preventivas referem-se àquelas relacionadas a condições de saúde ainda não estabelecidas, considerando seus fatores de risco ou agravos (Schmidt, Duncan, & Lopes, 2012).

Em teoria, o SUS deve ser capaz de atender a todas as demandas em saúde da população brasileira. Assim, está organizado em três diferentes níveis de atenção. O primeiro nível é a Atenção Básica (Atenção Primária), que é definido como a “porta de entrada do SUS” e base orientadora do sistema de saúde. Nesse nível de atenção utiliza-se o que é chamado de “tecnologias de baixa densidade”, ou seja, procedimentos mais simples e baratos capazes de atender a maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade. A média complexidade (Atenção Secundária) é composta por ações e serviços que atendem a demandas em saúde que necessitam profissionais especializados, com a utilização de tecnologias mais complexas para tratamentos e diagnósticos. Por fim, a alta complexidade (Atenção Terciária) refere-se a um conjunto de ações e serviços que demandam alta tecnologia e alto custo, sendo sua maioria relacionado ao sistema hospitalar. Ainda que exista essa organização entre níveis de atenção, é preconizado pelo SUS a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, visando a integralidade (Brasil, 1990a; Paim, 2009).

Ainda que recente, o SUS é considerado a maior política de inclusão social do Brasil (Mendes, 2013). No entanto, trata-se de um sistema de saúde que recentemente esteve em risco. Segundo Massuda et al. (2018), a recente conjuntura foi o período de maior ameaça para sua existência, que combinava recentes crises políticas, período de recessão, políticas de austeridade e decisões que cerceavam o direito à saúde. No início do milênio, houve um importante aumento no investimento e acesso à saúde, e redução das desigualdades. Ainda, observou-se o aumento da cobertura do SUS entre os anos 2000 e 2016, cobrindo respectivamente de 7,8% a 58,6% da população do país. No entanto, observa-se desde 2015 uma redução desses investimentos, sobretudo após a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 95/2015, que estipula um teto de gastos com o SUS para os 20 anos seguintes. Em contrapartida, planos de saúde privados foram estimulados (Massuda et al., 2018; Lima et al., 2019).

Atualmente o investimento do PIB brasileiro na área de saúde é de aproximadamente 9%. No entanto, desse investimento, apenas 46% corresponde ao gasto com a saúde pública, de modo que todo o restante é gasto na oneração de planos de saúde privados de famílias e empresas. Ou seja, trata-se de um investimento na saúde pública considerado muito baixo se comparado a outros sistemas de saúde (Lima et al., 2019).

Diversas outras mudanças políticas recentes também tem causado grande impacto na área da saúde como: retrocessos nas normas de segurança e de acidente de trabalho, legislação de trânsito, mudanças no ECA, ataques às políticas de educação e direitos sexuais e reprodutivos, o ataque ao Estatuto do Desarmamento, benefícios fiscais a indústrias que fabricam produtos prejudiciais à saúde, ataque à educação pública e instituições de fomento à pesquisa, liberação de agrotóxicos, mudanças nas políticas de tratamento para a dependência química e a flexibilização do setor privado de saúde. Cortes nos investimentos em políticas sociais e de saúde podem descaracterizar o SUS enquanto sistema de acesso universal. A

compreensão de que a saúde é um gasto pode reduzir o sistema público de saúde a uma atenção precária e reduzida à locais vulnerabilizados, como a história nos mostra que já foi a saúde pública no Brasil. No entanto, o SUS precisa é ser aperfeiçoado e defendido como um patrimônio do país (Lima et al., 2019) e um direito fruto de uma conquista.

A presente tese está implicada com as ações, serviços e profissionais que atuam no SUS, e olha para o sistema público de saúde como um direito fruto de uma conquista. Observando sua história, é possível perceber o quanto o SUS é parte constituinte do Brasil enquanto um Estado democrático. Portanto, ao escutar os trabalhadores do SUS e, conseqüentemente, os desafios enfrentados por eles, é necessário reconhecer a importância desse sistema de saúde. Espera-se que essa tese possa contribuir no reconhecimento desses desafios, reafirmando ainda mais a necessidade de políticas atentas eles.

Atenção Básica: o cuidado à saúde no território

Como referido anteriormente, investimentos e ampliação da Atenção Primária à Saúde foram apontados pela OMS como um caminho para melhorar o acesso à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978) e atualmente é reconhecida internacionalmente como a base de uma modelo de saúde centrado no usuário-cidadão (Giovanella & Mendonça, 2012). No Brasil, grande parte da estrutura de atenção à saúde está organizada nesse nível de atenção, que será detalhado nessa seção.

Primeiramente, é importante esclarecer uma questão conceitual sobre esse nível de atenção no Brasil. Internacionalmente é consenso a utilização do conceito de Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*). No entanto, no Brasil, a atenção primária também é definida como Atenção Básica (Giovanella & Mendonça, 2012; Giovanella, 2018; Heinmann & Mendonça, 2005; Mello, Fontanella, & Demarzo, 2009;). A escolha em contrapor o termo já consagrado foi do movimento da Reforma Sanitária, descrito anteriormente, que buscou uma

diferenciação de ideais sobre o reducionismo do conceito de Atenção Primária. Cabe mencionar que as proposições feitas na conferência em Alma-Ata não foram as únicas para a ampliação da Atenção Primária à Saúde. Com críticas à essa proposição inicial, em 1979, o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller e a Ford propuseram um pacote de serviços básicos a serem oferecidos em países em desenvolvimento. Quatro dessas medidas foram financiadas: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Reidratação oral, Aleitamento Materno, Imunização e Planejamento familiar. Observa-se que diversas dessas ações são voltadas à saúde da criança e foram incorporadas por serem consideradas fáceis e relativamente baratas. Ou seja, trata-se de um pacote de ações voltadas à saúde individual, sem considerar a realidade socioeconômica de países em desenvolvimento (Giovanella & Mendonça, 2012). Uma “cesta de serviços”, que serviam como soluções de uma “medicina pobre para pobres” (Heinmann & Mendonça, 2005; Giovanella, 2018). Portanto, a Atenção Primária possui o sentido de atenção primitiva ou simples, enquanto Atenção Básica, possui o estatuto de primordial ou fundamental, tal como o direito de acesso à saúde (Giovanella & Mendonça, 2012)

O conceito de Atenção Básica, que existe somente no Brasil, é resultado de uma mudança de paradigma de atenção à saúde no país, que considera as determinações sociais e econômicas no processo de saúde-doença. E para um novo paradigma, deve-se supor um novo modelo de trabalho (Heinmann & Mendonça, 2005). Além disso, cabe ressaltar que o conceito de Atenção Básica está descrito no glossário de terminologia em saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em todas as suas versões (Brasil, 2006a; Brasil, 2012a; Brasil, 2017a). Portanto, considerando essa contextualização, essa é a nomenclatura adotada no presente manuscrito.

Atualmente, Atenção Básica é definida como a base coordenadora do cuidado, sendo caracterizada como a “porta de entrada” para as ações e serviços do sistema de saúde (Brasil, 2006a, Brasil, 2012a; Brasil, 2017a). É possível dizer que algumas práticas e serviços da década

de 1920, sobretudo relacionadas a campanhas sanitárias ou profilaxia, já poderiam ser consideradas como de Atenção Básica. Mas é através de debates como a Conferência de Alma-Ata e experiências como o PIASS, abordados anteriormente, que esse tipo de atenção à saúde entrou na pauta brasileira e do projeto de Reforma Sanitária, na década de 1970 (Giovanella & Mendonça, 2012).

A partir do advento do SUS alguns serviços tiveram sua estrutura reordenada e alguns programas foram criados, segundo as necessidades da população. O início do SUS foi marcado por investimentos na Atenção Básica e estratégias de promoção de saúde. Assim, no início da década de 1990, foi criado o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na região Norte e Nordeste, visando controlar epidemias, enfermidades e vacinação. Dessa forma, foi implementado na rede o profissional Agente Comunitário de Saúde, um profissional muito importante, que permite a interlocução entre a Unidade de Saúde e a comunidade na qual trabalha e habita. Considerando a pouca cobertura médica nas regiões em que foi implementado, esses profissionais passaram a exercer as funções de cadastramento da população, identificação de áreas de risco e promoção de proteção à saúde da criança e da mulher (Giovanella & Mendonça, 2012; Heinmann & Mendonça, 2005). O programa teve um destaque importante para as ações voltadas à redução das mortalidades infantil e materna (Rosa & Labate, 2005), evidenciando que desde a reformulação da Atenção Básica os bebês já ocupavam um papel importante e impulsionador de mudanças.

Nessa direção, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), visando reorganizar as práticas de saúde, orientando-as sobretudo para ações de promoção e prevenção. Foi um avanço muito importante na superação da visão fragmentada de saúde que as diretrizes do SUS visam reorientar (Perreault et al., 2016). No entanto, ainda mantinha algumas características que a configurava enquanto um programa voltado para populações pobres e com pouca articulação com demais serviços da rede (Giovanella & Mendonça, 2012). Além disso,

a própria concepção de “Programa” remetia à um conjunto de práticas verticais com início, desenvolvimento e fim (Lacaz, Trapé, Soares, & Santos, 2013). Dessa forma, em 1997, o programa passa a ser definido enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando integrar as ações e serviços de saúde de forma contínua (Giovanella & Mendonça, 2012; Lacaz et al., 2013). A concepção de estratégia passa a preconizar a existência de equipes multiprofissionais de saúde para atuar em um território específico. Além da atuação intersetorial e de parcerias com outras instituições do próprio território em que a equipe se encontra (Giovanella & Mendonça, 2012).

Considerando as diversas experiências, sobretudo com a ESF, em 2006 é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando fortalecer e regulamentar a Atenção Básica do país. Assim, a Atenção Básica passa a ser definida enquanto um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo que abrangem diversas modalidades de atenção à saúde: promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamentos e manutenção da saúde. É organizada através de prática democráticas e desenvolvida em territórios delimitados, no qual assume responsabilidade pela saúde da população. Considera o sujeito por sua singularidade e busca resolver os principais problemas de saúde, orientando-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Nesse mesmo documento são definidas algumas áreas estratégicas de atuação. Dentre outras áreas, estão a saúde da criança, da mulher e a promoção de saúde (Brasil, 2006a).

A implementação da PNAB ampliou o escopo e concepção de Atenção Básica, afirmando-a enquanto porta de entrada dos usuários e pontos de partida da organização dos serviços de saúde de cada município. Além disso, revisou as funções das Unidades de Saúde, que agora com as equipes de ESF, legitimou as formações permanentes dos profissionais, e reconheceu a ESF enquanto modelo substitutivo e preferencial em relação às equipes de UBS

(Giovanella & Mendonça, 2012). Por outro lado, importante destacar que já havia uma estrutura de Unidades de Saúde no momento da implementação da ESF, de modo que foi necessário uma reorganização das mesmas e do fluxo dos serviços de saúde municipais (Heinmann & Mendonça, 2005). Dessa forma, atualmente ainda coexistem as UBSs tradicionais, sem ESF, e com ESF. Portanto, sua implementação ainda é um desafio no SUS, apesar de diversos estudos indicarem maior qualidade na atenção daquelas que tem ESF (Castro, Knauth, Harzheim, Hauser, & Duncan, 2012; Elias et al., 2006; Oliveira & Veríssimo, 2015).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família contam com profissionais de diferentes especialidades e formações. Cada equipe conta com no mínimo um médico e um enfermeiro, preferencialmente com especializações em saúde da família ou comunidade; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Profissionais de outras formações e especialidades, tais como Profissional de Educação Física, Nutricionista, Psicólogo, Pediatra entre outros geralmente compõem as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Tratam-se de equipes com profissionais especializados, regulados pela Atenção Básica, que podem trabalhar em conjunto com as Unidades de Saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado (Brasil, 2017a).

Em 2012 e 2017, a PNAB passou por reformulações, sendo então reconhecida, para além da porta de entrada, como o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, torna-se a coordenadora e ordenadora das ações e serviços envolvidos na rede de saúde (Brasil, 2012a; Brasil, 2017a). As RAS são arranjos organizativos propostos em 2010 que visam promover a integração das ações e serviços de saúde, otimizando a equidade da atenção e eficácia. Trata-se de uma proposta que visa romper com lógica de fragmentação da atenção à saúde, considerando que este é um desafio enfrentado desde a fundação do SUS. As RAS estão organizadas a partir de temas, de acordo com a demanda em saúde, e apresentam um

caminho e uma ampla gama de ações e serviços integrados (Brasil, 2010a). Entre 2011 e 2012 foram pactuadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha (saúde materno-infantil), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014a).

Observa-se que a Atenção Básica possui um papel fundamental no SUS, de modo que sua posição privilegiada, próxima à população, também oportuniza melhor atenção à singularidade dos usuários e particularidades socioculturais dos territórios (Brasil, 2017a). Ainda, importante destacar que ser a porta de entrada não significa impor barreiras de acesso dos usuários a outros serviços de saúde. Mas pelo contrário, garantir que sejam encaminhados e acompanhados. A integralidade se expressa na Atenção Básica tanto pela integração da rede de serviços e dos níveis de gestão, quanto pelo reconhecimento por parte da equipe do amplo espectro de necessidades em saúde, de ordem, orgânica, psíquica e social (Giovannella & Mendonça, 2012).

Percebe-se que através dos anos os investimentos na Atenção Básica produziram efeitos em sua cobertura. Em junho de 2007, um ano após a primeira publicação da PNAB, o Brasil tinha uma cobertura populacional de Atenção Básica de 41,70%, e o Rio Grande do Sul de 25,94%. Ao final de 2020 a cobertura já são, respectivamente, 76,08% e 73,93% (Brasil, 2020).

Diversos programas e políticas de saúde situam-se nesse nível de atenção, considerando suas possibilidades de alcance e impacto. A saúde materno-infantil e da criança tem na Atenção Básica um campo amplo de atuação. Diversos desses programas serão apresentados a seguir, junto a uma breve história da saúde materno-infantil e da criança no contexto de políticas públicas do Brasil.

A história da saúde da criança e do bebê no contexto de políticas públicas no Brasil

No contexto de cuidados à infância, a saúde da criança e materno-infantil tem sido pauta há muitos anos no contexto de políticas públicas de saúde e consideradas áreas prioritária de atenção (Araújo, Silva, Collet, Neves, Toso, & Vieira, 2014; Brasil, 1984; Macêdo, 2016). No Brasil, observa-se desde o período colonial algumas políticas e práticas voltadas sobretudo para a sobrevivência de bebês e crianças. Destaca-se nesse período a criação da “roda dos expostos” e o primeiro asilo para crianças em situação de rua (Rocha, 1947).

No mesmo século e no início do seguinte também são publicados os primeiros tratados de educação física e guias de higiene infantil dirigidos às mães, e teses sobre o desenvolvimento infantil. Para Bonilha e Rivorêdo (2005), trata-se do primeiro movimento relacionado à puericultura no Brasil. Destaca-se entre essas obras o “Tratado de Educação Física para Meninos” (1790) e “A guia médica das mães de família” (1843), que apresentava conselhos sobre higiene infantil; “O médico da Primeira Infância, ou o Conselheiro da Mulher Grávida e Higiene da Primeira Infância” (1860); e o primeiro jornal de puericultura “A mãe de Família”, em que era debatido diversos assuntos relacionados à higiene infantil (Rocha, 1947). Chama a atenção que essas publicações se prestam, sobretudo, como um guia de orientação sobre cuidados com os bebês, com ênfase sobre a higiene infantil. Palavras descritas nos títulos, como “guia” e “conselheiro”, explicitam esse objetivo. Como será apresentado a seguir, o caráter educativo ainda se mostra presente nas publicações do Ministério da Saúde, dando continuidade a uma lógica de saber colonizador em relação ao cuidado dos bebês.

Em 1882, após a inauguração da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, é criado o primeiro curso de Pediatria do Brasil. Nessa época, a mortalidade infantil, considerando apenas nascidos vivos, era de 410 a cada 1000 crianças até os 7 anos de idade. Ou seja, 41% das crianças morriam até os sete anos de idade (Rocha, 1947)

A partir de 1920 é possível identificar as primeiras iniciativas públicas e privadas que se ocupavam do adoecimento das crianças. Nesse contexto, os empregadores de indústrias também prestavam assistência à saúde dos filhos dos trabalhadores. Visando a diminuição das faltas de seus empregados decorrentes do adoecimento de seus filhos, incentivava-se algumas práticas, tais como o aleitamento materno. Pois acreditava-se que a criança que era melhor amamentada adoeceria menos (Araújo et al., 2014). Sendo assim, observa-se que tais práticas não estavam de fato implicada com a saúde da criança, mas à serviço do interesse dos empregadores.

Entre as décadas de 1930 e 1940 foi instituído o primeiro programa estatal voltado à saúde materna, da criança e do adolescente, tendo como objetivo de suas atividades fiscalizar e normatizar o atendimento mãe-filho e combater a mortalidade infantil. O caráter educativo dessas ações já estava presente, considerando que o programa também se propunha a divulgar conhecimentos e orientar a opinião pública sobre os cuidados na maternidade e durante a infância (Brasil, 2011a). Às mães, foram instituídas ações de vigilância durante o período gravídico e puerperal. E às crianças, ações de caráter curativo e individuais. A diminuição do absenteísmo das mães no trabalho ainda era um dos focos da política (Araújo et al., 2014).

Cassiano, Carlucci, Gomes e Benneman (2014), ao revisarem a história da atenção à saúde materno-infantil no Brasil, apontam que nessa época uma preocupação do governo era incentivar o crescimento da nação. Assim, foram adotadas mais medidas de diminuição da mortalidade infantil. No entanto, sem o estabelecimento de políticas de saúde da mulher. Entendia-se que a responsabilização da mãe e família, e melhora das práticas de higiene seria suficiente. No entanto, demonstraram-se ineficazes.

Até então, os Ministérios da Saúde e da Educação eram interligados. Após seu desmembramento, em 1975, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, visando reduzir a morbimortalidade materno-infantil. A partir dessa iniciativa iniciam-se as

ações de caráter preventivo que, no entanto, desconsideravam a diversidade regional do país e demonstraram-se pouco efetivos (Araújo et al., 2014; Brasil, 2011a). Para conter o aumento da população estimulada pelo governo anterior, a esterilização feminina foi adotada como principal método contraceptivo. Diante de tais práticas invasivas, somadas à fragmentação da assistência à saúde e a percepção de outros quadros de desigualdade, o movimento feminista se fortaleceu, aliando-se a outros movimentos sociais contra a ditadura militar, vigente na época (Cassiano et al., 2014). Tais movimentos sociais tiveram um importante papel no estabelecimento de mudanças nas políticas de saúde, na conquista do SUS, e na organização política do país. No entanto, durante a década de 1970 observou-se pouco avanço em relação à mortalidade infantil de nascidos vivos, que foram de 120,7 a cada mil habitantes para 113 a cada mil habitantes (Araújo et al., 2014).

Já nas décadas de 1980 e 1990 observaram-se diversos avanços em relação à saúde materno-infantil e da criança. Além da conquista do próprio SUS, destaca-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher e da Criança (PAISMC), em 1983 (Brasil, 2011a). Trata-se do primeiro programa do governo federal voltado ao planejamento familiar (Cassiano et al., 2014). O PAISMC desmembrou-se em outros dois programas, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISM tinha como principais ações a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção da mortalidade materna e ISTs, controle do câncer ginecológico e mamário, planejamento familiar e promoção ao parto normal. Já o PAISC tinha como principais ações o controle de diarreias, desidratações e doenças respiratórias, prevenção e orientações aos cuidados com o recém-nascido com baixo peso, prevenção de acidentes e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2011a).

Como mencionado na seção anterior, após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento passa a integrar as ações básicas de saúde

propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para crianças menores de 5 anos (Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP], 2008). Mas no Brasil é somente após o PAISC (1986) que de fato tal prática passa a ser adotada. Assim, ocorre uma mudança de foco de práticas curativas para a priorização de práticas preventivas para bebês e crianças, através desse acompanhamento (Campero et al., 2010).

Ainda nesse período, destaca-se como acontecimento importante a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Através do ECA a criança passa a adquirir amplos direitos, tais como a proteção de sua integridade física e psicológica bem como amparo da família e Estado (Araújo, 2014). Outros programas e políticas já citados anteriormente, também criados nesse período, foram estratégicos para a saúde materno-infantil e da criança, tal como o PACS e o PSF.

Na década de 1990 e início dos anos 2000, o Ministério da Saúde adotou também alguns programas voltados à assistência hospitalar, visando qualificar o atendimento e diminuir a mortalidade infantil. Tais programas foram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1995, a Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso-Método Canguru, em 2000, e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, também em 2000 (Araújo et al., 2014; Cassiano et al., 2014).

Em 2004, com o objetivo de organizar a assistência à saúde da criança, de forma integrada, desde o primeiro atendimento nas Unidades Básicas de Saúde até a alta complexidade, o Ministério da Saúde adotou algumas diretrizes, conhecidas como “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”. A agenda serve de orientação a todos os profissionais e gestores que se ocupam da saúde da criança, considerando espaços individuais e coletivos. Definida como estratégia de continuidade do cuidado e articulação entre os níveis de atenção, estabelece algumas linhas de cuidado, sendo elas: Ações da saúde da mulher; Atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e

qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carenciais; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; e Atenção à criança portadora de deficiência (Brasil, 2004b).

O eixo de Acompanhamento do Crescimento estabelece que todo cuidador deve receber, de preferência ainda na maternidade, o até então denominado Cartão da Criança. Tratava-se de um documento para avaliação do peso, altura, marcos do desenvolvimento, vacinação, entre outros. Além de acompanhar tais critérios, as equipes de saúde deveriam oferecer orientações aos cuidadores sobre os cuidados com o bebê (Brasil, 2004b). Em 2005 o Cartão da Criança é substituído pela Caderneta de Saúde da Criança, um documento ampliado, com acréscimo de informações para registro e orientação aos cuidadores. Em 2020 o documento é novamente reformulado, sendo então denominado Caderneta da Criança. Para além de uma nova ampliação de conteúdo, a Caderneta da Criança passa a ser um documento pertinente, para além da rede de saúde, das instituições de saúde e assistência social. Demais aspectos dessas modificações serão abordados em outro capítulo da presente tese.

Em 2009 foi estabelecida a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). Trata-se de um projeto piloto realizado em seis municípios brasileiros, em uma tentativa de priorizar os cuidados à gestante e ao desenvolvimento integral da criança desde o nascimento, enfatizando para além da sobrevivência, a vida (Penello, 2013). A instituição da EBBS tinha como objetivo construir novas formas de cuidado integral humanizado a mulheres e crianças de 0 a 6 anos (Brasil, 2009a). Os autores da EBBS apoiam-se na ideia de que um ambiente facilitador se encontra sobredeterminado por outros fatores relacionados a políticas públicas, tais como os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Assim, propõem o conceito de

ambiente facilitador à vida como princípio orientador da política (Penello, 2013; Penello, Lugarinho, Müller, & Rosario, 2011; Rosario & Penello, 2016).

A pesquisa realizada pela EBBS buscou cartografar o que cada município participante oferecia em termos de desenvolvimento integral para a primeira infância e seus principais desafios. Assim, ajudou a fornecer elementos para a formulação de uma das mais recente política voltada à saúde da criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Araújo, 2014; Penello, et al. 2011; Pitombo, Maia, & Rosario, 2014).

Em 2011, visando superar a fragmentação da atenção à saúde materno-infantil e da criança, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Rede Cegonha, referida no tópico anterior. Configura-se enquanto uma estrutura integrada de atenção, contemplando diferentes níveis de atenção, voltada ao desenvolvimento do bebê, da gestação aos dois anos de vida. Sua operacionalização foi organizada em quatro eixos: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, e Sistema Logístico (Brasil, 2011a). No entanto, em relação a sua implementação, essa RAS tem enfrentado alguns desafios quanto a persistência na fragmentação da atenção e dos serviços e dificuldades em garantir algumas iniciativas garantidas pela política (Andrade & Rodrigues, 2017; Fernandes & Vilela, 2014; Gottens et al., 2015).

Mais recentemente, em 2015, foi instituída a PNAISC. Trata-se de uma política que busca orientar o trabalho de gestores e profissionais de saúde, visando promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno. É orientada pela integralidade da atenção para o pleno desenvolvimento da criança, sobretudo na primeira infância, em âmbito nacional. Assim como a EBBS, determinantes sociais de saúde, aspectos emocionais e o ambiente facilitador à vida, são as bases para a construção dessa política. O escopo da PNAISC abarca os cuidados integrais e integrados de crianças desde a gestação até os 9 anos de vida, com especial atenção às populações mais vulnerabilizadas. Assim, parte da premissa de que, no atual estágio de

desenvolvimento do Brasil, não é aceitável se pensar apenas em sobrevivência e crescimento da criança, mas é necessário propor estratégias que possam oportunizar um pleno desenvolvimento, em especial na primeira infância (Brasil, 2015a; Brasil, 2018). Trata-se de um avanço importante, ao considerarmos que diminuir a mortalidade infantil sempre foi um dos focos das políticas públicas para infância. E de fato, após quase um século de políticas públicas voltadas à esse objetivo, o Brasil antecipou em quatro anos a meta de reduzir em dois terços a mortalidade infantil, conforme Objetivos do Milênio estabelecidos pela ONU (Brasil, 2018).

Para seu funcionamento a PNAISC estrutura-se em sete eixos estratégicos, que tem por finalidade orientar e qualificar as ações e serviços de saúde. Os eixos são: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e do desenvolvimento integral; Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (Brasil, 2018).

A PNAISC organiza-se a partir das RAS, e mais especificamente, da Rede Cegonha, através das ações e serviços disponíveis (Brasil, 2015a). Em sua articulação, a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado, considerando sua posição estratégica no acompanhamento da saúde dos usuários do território a que pertence. Um dos eixos que melhor aproveita a característica da Atenção Básica de estar próximo e poder acompanhar longitudinalmente a saúde do bebê é a Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral. Esse acompanhamento trata-se de um dos mais tradicionais enfoques sobre a saúde

da criança no contexto de políticas públicas no Brasil, implementado desde o PAISC, em 1984 (Brasil, 2018). Essa prática será detalhada no tópico seguinte.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

Primeiramente, cabe salientar que a literatura técnica e científica (Silva et al. 2015; Caminha et al., 2017; Pedraza & Santos, 2017; Brasil, 2018) tem atribuído diferentes nomenclaturas para a realização desse acompanhamento, sobretudo através dos termos: vigilância do desenvolvimento infantil, puericultura, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Cabe aqui algumas considerações sobre como esses conceitos tem sido utilizados nos documentos do Ministério da Saúde.

Na portaria que institui a PNAISC (Brasil, 2015a) e no seu manual de implementação (Brasil, 2018) o conceito de vigilância do desenvolvimento é utilizado como a própria descrição do eixo Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral. O termo vigilância também é utilizado para referir-se às estratégias voltadas a situações de violência e acidentes, além do óbito materno-infantil. Especificamente no manual de implementação da PNAISC a vigilância é destacada como uma importante ferramenta para incentivo e orientação em relação à amamentação e nutrição dos bebês (Brasil, 2018). Um documento produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (2005) assume a definição de vigilância do desenvolvimento como todas as atividades voltadas para a promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas de desenvolvimento, que envolveria informações de diferentes profissionais e cuidadores.

A origem do conceito de vigilância na área da saúde remonta à idade média, estando vinculada aos conceitos de isolamento e quarentena. No século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia, o conceito passou a relacionar-se a medidas “policiaescas” e de controle de doenças pestilenciais. Com o desenvolvimento da epidemiologia, sobretudo a partir da década

de 1960, o conceito “vigilância epidemiológica” passou a ser definido como um acompanhamento sistemático de doenças e aprimoramento de seu controle (Albuquerque, Carvalho, & Lima, 2002). Na Lei 8080/1990, que instituiu o SUS, a vigilância epidemiológica refere-se a um conjunto de ações que proporcionam a produção de conhecimento, detecção e prevenção de fatores que impactam a saúde de indivíduos e coletivos (Brasil, 1990a). Ou seja, de modo geral, a vigilância é um conceito utilizado para a avaliação do estado de saúde da população bem como as ações relacionadas, sobretudo, a prevenção. E no caso da saúde do bebê, seu crescimento e desenvolvimento. Na atual Caderneta da Criança (Brasil, 2021), vigilância do desenvolvimento e vigilância do crescimento são subtítulos utilizados para apresentar aspectos do desenvolvimento que devem ser acompanhados pelos profissionais de saúde.

Já sobre o conceito de puericultura, não há nenhuma referência no texto da portaria da PNAISC (2015). No manual da PNAISC (Brasil, 2018), é referida como sinônimo de acompanhamento do desenvolvimento, além de que em uma aparição este é definido como “acompanhamento de puericultura”. Em relação a história do conceito, a sua primeira utilização é atribuída a Jacques Ballexserd (1762), em sua obra “Dissertation sur l'education physique des enfans, depuis leur naijfance jufquà page de pubertés” (Dissertação sobre educação física de crianças, desde a infância até a puberdade). Como referido anteriormente, esse conceito passa a aparecer no Brasil a partir do século XVIII, época em que começaram a ser publicados tratados de educação física e guias de higiene infantil dirigidos às mães, e teses sobre o assunto. Tais materiais eram produzidos para divulgar os preceitos higiênicos e de cuidados necessários para com os bebês e crianças. Assim, observa-se que o conceito de puericultura sempre esteve vinculado a práticas de caráter educativo e de orientação, o que durante a história, serviu também como instrumento de dominação e normatização da infância. É possível constatar que na literatura brasileira sobre saúde do bebê o conceito já é bastante

enraizado. Por outro lado, trata-se de um conceito que aparece uma única vez na atual Caderneta da Criança (Brasil, 2021), na última página, na seção de agendamentos, enquanto sinônimo de consulta periódica.

Já o termo acompanhamento, está presente tanto na portaria (Brasil, 2015a) quanto no manual (Brasil, 2018). Trata-se do termo que dá o nome ao eixo referente a essa prática na PNAISC e é referido como uma ação constante e integrada a demais eixos e níveis de atenção. O glossário do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) define o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como uma prática de melhora da qualidade de vida, através da identificação de problemas que afetem a saúde. Na atual Caderneta da Criança (Brasil, 2021), acompanhamento é o conceito mais utilizado para definição das consultas sistemáticas realizadas nas Unidades de Saúde. Além disso, as seções da Caderneta da Criança em que constam as orientações e instrumentos de avaliação da criança são denominados, “Acompanhamento do Desenvolvimento” e “Acompanhamento do Crescimento”.

Segundo o dicionário Michaelis (2022), vigiar define o ato ou estado de quem vigia, controla, e age com intenção de precaver-se; puericultura significa um conjunto de práticas médico-sociais que garantem o bom desenvolvimento físico e mental; e acompanhar expressa o sentido de estar junto, fazer companhia ou até mesmo realizar ou vivenciar as mesmas atividades, situações ou sentimentos.

Considerando que acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é o conceito que dá nome ao eixo da PNAISC, que está mais presente na Caderneta da Criança e documentos da PNAISC, além de ser o que melhor define uma prática de cuidado, será adotado conscientemente nesse manuscrito para referir-se às consultas sistematizadas do bebê nas Unidades de Saúde. No entanto, serve de aviso ao leitor que por vezes, em citações de publicações acadêmicas ou entrevistas, podem ser utilizados os termos “puericultura” ou “vigilância”.

Em termos de funcionamento, atualmente, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento inicia com a chamada Alta Qualificada, quando o cuidador e o recém-nascido deixam a maternidade com a primeira consulta marcada na Unidade de Saúde, sendo também entregue um exemplar da Caderneta da Criança (CC) (Brasil, 2021). A Alta Qualificada também pressupõe a realização de registros antropométricos e sobre o nascimento do bebê na caderneta, além de orientações sobre seções importantes desse documento que os cuidadores podem ler e acompanhar (Brasil, 2018).

A primeira consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Unidade de Saúde é denominada “5º dia de saúde integral”, que consiste em uma consulta médica ou de enfermagem atenta à saúde do bebê e seu cuidador. Nessa ocasião é feita a pesagem do bebê, para avaliação de ganho de peso, medida do perímetro encefálico e verificação sobre a realização da triagem neonatal (Teste do pezinho, Teste da orelhinha e teste do olhinho) (Brasil, 2018).

O acompanhamento, que inicia nessa primeira semana de vida, perdura até os nove anos de vida da criança, e pressupõe ações, de promoção, proteção, detecção precoce, atendimento e reabilitação de condições que possam prejudicar sua saúde ou desenvolvimento. Nas consultas, o profissional deve prioritariamente avaliar e preencher a CC com dados sobre o crescimento da criança e os marcos de desenvolvimento, além de orientar e oportunizar um espaço de cuidado aos cuidadores (Brasil, 2012b; Brasil, 2018; Brasil, 2021). Observa-se maior ênfase do acompanhamento nos primeiros dois anos de vida do bebê, de modo que são preconizadas sete consultas no primeiro ano: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, e 12º mês; e duas no segundo ano: no 18º mês e 24º mês. Posteriormente, até os nove anos de idade, as consultas tornam-se anuais (Brasil, 2021).

No caso de identificação de bebês ou crianças com problemas em seu desenvolvimento, de acordo com os critérios e marcos estabelecidos pela CC, deve haver a articulação da Unidade

de Saúde com outros serviços da rede de saúde especializada, tais como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). No entanto, considerando que a Atenção Básica é a ordenadora do cuidado, ao realizar o acompanhamento o infante segue sendo acompanhado pela equipe de saúde desse nível de atenção (Brasil, 2018).

O documento que institui as orientações de implementação da PNAISC para gestores e profissionais estabelece algumas famílias como aquelas que merecem maior atenção nesse momento, sendo elas: as que estão em situação de vulnerabilidade social, primeira gestação, ausência de rede de cuidados familiar/social, em que o bebê ou o cuidador principal enfrente problemas de saúde, violência familiar, baixa instrução, gravidez indesejada, mães adolescentes, entre outros (Brasil, 2018). A priorização de famílias vulnerabilizadas está de acordo com o princípio da equidade, no qual o SUS se fundamenta.

Como apontado anteriormente, a Caderneta da Criança é um dos principais dispositivos utilizados na realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O seu conteúdo é dividido em duas partes: a primeira é dirigida aos cuidadores e contém dados de identificação, orientações e informações em relação à saúde e desenvolvimento do bebê, consultas e acompanhamento com os profissionais, alimentação, nutrição e amamentação, além de informações sobre os direitos da criança. A segunda parte é dirigida aos profissionais, e conta com orientações sobre aspectos importantes do desenvolvimento a serem observados, incluindo um guia básico de acompanhamento de crianças com Síndrome de Down e Autismo, além de instrumentos, escalas e registros de alguns aspectos do crescimento e desenvolvimento e vacinação a serem preenchidas pelos profissionais.

Em seu texto, a caderneta refere estar implicada com uma concepção de desenvolvimento integral, tendo em seu conteúdo uma descrição sobre o desenvolvimento físico do bebê, além da importância de atentar-se às relações estabelecidas entre bebê e

cuidador, considerando o desenvolvimento emocional. No entanto, chama a atenção o caráter educativo do material voltado aos cuidadores, com informações sobre como estimular o desenvolvimento dos bebês e crianças. Já para os profissionais, destaca-se a utilização de marcos de vigilância do crescimento e desenvolvimento, com características que são esperadas para cada faixa-etária (Brasil, 2021).

O documento de orientação a gestores e profissionais para implementação da PNAISC (Brasil, 2018), define desenvolvimento integral enquanto um processo complexo, contínuo e dinâmico que inclui, além do crescimento, a maturação, aprendizagem, aspectos psíquicos e sociais. A apresentação de outros documentos que orientam o trabalho dos profissionais que atuam no acompanhamento dos bebês, bem como uma análise aprofundada dos mesmos, serão apresentados no Capítulo 2.

Diversos são os profissionais implicados no acompanhamento do bebê na Atenção Básica. Dentre eles, destaca-se Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Segundo o documento técnico sobre a atuação desses profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2012b), existem atribuições gerais e específicas para esses profissionais. As atribuições gerais são: participar do planejamento, avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas, participar de atividades formativas, também chamada de “educação permanente”, realizar visitas domiciliares, exercer atividades educativas, orientar famílias sobre a realização de vacinas e contribuir para o desenvolvimento de políticas locais, atentas a características do território quanto à alimentação, atividades físicas, uso de drogas, saneamento e poluição.

Enquanto atribuições específicas (Brasil, 2017a), o ACS é responsável pelo acompanhamento aos demais profissionais da equipe nas ações relacionadas à saúde da criança, além das atividades já estabelecidas na PNAB, que incluem, sobretudo, cadastro e acompanhamento das famílias do território em que mora e atua, através de Visitas Domiciliares

(VDs), com especial atenção a características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas (Brasil, 2017a). Através das VDs, os ACS contribuem para o acompanhamento da realização das consultas e do calendário vacinal, conforme a CC. O técnico de Enfermagem realiza a aplicação de vacinas e aferição de medidas antropométricas, para que outro profissional realize a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro, além de aferir dados antropométricos, realiza a consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Já o médico (médico de família ou pediatra), realiza as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com possibilidade de orientação a realização de outros exames físicos e uso de medicação. Sendo assim, observa-se que diversos profissionais estão implicados com a realização dessas consultas. Na seção seguinte, serão apresentados uma discussão sobre como estudos empíricos tem caracterizado essas consultas, bem como desafios envolvidos.

Pesquisas empíricas sobre a prática dos profissionais nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento³

Parte da presente seção foi omitida, pois será publicado em formato de artigo em revista científica

Observa-se que apesar de alguns artigos mencionarem desafios enfrentados pelos profissionais, nenhum deles se aprofunda na experiência do profissional sobre esses desafios. Esses desafios são abordados pela literatura apenas a nível descritivo, com enfoque nas condições de trabalho externas, considerando o ambiente e o contexto profissional. O trabalho

³ Algumas análises presentes nesse tópico foram desenvolvidas e descritas no artigo “Consultas de acompanhamento do bebê na Atenção Básica: uma revisão crítica da literatura” (Esswein, Gil, Schnor, Dias, & Lopes, 2022), que está em processo de publicação.

com os bebês demanda do profissional que este se coloque enquanto sujeito na relação com os usuários do serviço, implicando seus próprios recursos psíquicos na sustentação dessas relações (Campos, 2014a). Isso demanda mais do que um trabalho puramente técnico, e que, portanto, possui desafios que não são de ordem puramente técnica.

Do mesmo modo que os desafios subjetivos dos profissionais parecem ser negligenciados, chama a atenção que poucos estudos parecem implicados com o paradigma da integralidade e com o território. Ainda aqueles que descrevem a prática de diferentes profissionais, o modelo biomédico e desterritorializado de saúde parece ainda persistir. Poucos são os estudos que discutem a importância de atentar para demandas emocionais dos bebês e seus cuidadores (Arpini et al., 2015; Brito et al., 2018; Hirano, et al. 2021) ou que realizam uma discussão sobre o contexto de vida dos usuários (Moreira & Gaiva, 2017).

Justificativa e objetivos

Tendo em vista que as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são uma das práticas mais tradicionais no cuidado à saúde do bebê na Atenção Básica, é importante conhecermos os referenciais que sustentam a atuação dos profissionais, expressos em documentos e dispositivos que orientam e fazem parte do trabalho dos profissionais. No entanto, observou-se uma lacuna na literatura envolvendo análises documentais aprofundadas, embasadas nesses materiais.

A partir da revisão de estudos empíricos recentes relacionados à prática dos profissionais nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de bebês, também se observa uma lacuna no aprofundamento das experiências dos profissionais e seus desafios. Da mesma forma, também não foram encontrados estudos que se sustentassem na escuta enquanto dispositivo de pesquisa no contexto das consultas.

Considerando a complexidade envolvida no trabalho dos profissionais de saúde que acompanham a saúde dos bebês em seus territórios, em um sistema de saúde único, tal como o SUS, torna-se relevante conhecer os desafios implicados neste trabalho, considerando aspectos institucionais, da experiência subjetiva dos profissionais, e do território, a partir do dispositivo da escuta. Sendo assim, a presente tese tem como objetivo escutar profissionais que atuam nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no território de Montenegro/RS sobre os desafios envolvidos em seu trabalho. Este recorte territorial busca inserir essa pesquisa dentro de um território específico, alinhando com a diretriz do SUS de regionalização, bem como oportunizando explorar características locais e como essas relacionam-se ao trabalho dos profissionais.

Para tal, a presente tese está dividida em cinco capítulos, que expressam o percurso de pesquisa realizado. O presente Capítulo I, denominado “Introdução”, visou aproximar o leitor do contexto do cuidado à saúde do bebê e da criança no SUS, assim como apresentar um

panorama geral de políticas e literatura sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

O Capítulo II, “Entre manuais, guias, cadernos e cadernetas: uma análise documental de documentos que orientam a prática de cuidado à saúde do bebê na Atenção Básica”, tem como objetivo analisar os documentos que orientam o trabalho dos profissionais ou fazem parte do acompanhamento do bebê na Atenção Básica do SUS. Dessa forma, primeiramente realiza-se uma contextualização das políticas e orientações ao trabalho dos profissionais, para posteriormente adentrar-se um território específico.

O Capítulo III, “Conhecendo o território: uma análise documental sobre a história e organização da Atenção Básica de Montenegro”, visa apresentar uma contextualização histórica e cultural do território, com destaque para a organização da rede de saúde de Montenegro/RS. Trata-se de um movimento de atentar-se para o território em que esses profissionais atuam, considerando que este é um elemento indissociável de seu trabalho.

O Capítulo IV, “Consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: desafios dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde do bebê e seus cuidadores no município de Montenegro/RS” propõe apresentar e discutir experiências e desafios dos profissionais de saúde que realizam as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no território de Montenegro/RS, escutados durante a realização de entrevistas.

No Capítulo V, “Discussão geral”, é realizada uma discussão que integra aspectos abordados em capítulos anteriores. Por fim, como considerações finais, realiza-se uma reflexão sobre os efeitos da escuta, reconhecidos pelos próprios profissionais.

CAPÍTULO II

ENTRE MANUAIS, GUIAS, CADERNOS E CADERNETAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DE DOCUMENTOS QUE ORIENTAM A PRÁTICA DE CUIDADO À SAÚDE DO BEBÊ NA ATENÇÃO BÁSICA

O presente capítulo foi omitido, pois será publicado em formato de artigos em revistas científicas.

CAPÍTULO III

CONHECENDO O TERRITÓRIO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE A HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE MONTENEGRO

Introdução

O cuidado à saúde no território trata-se de um avanço muito importante, presente desde as primeiras experiências no que veio a constituir-se enquanto SUS. A diretriz de Regionalização e Hierarquia, que se refere à organização das redes de serviço, com foco na noção de território (Matta, 2007), destaca a importância de atentar-se a essas especificidades. A Atenção Básica, e sua principal representante, a Estratégia Saúde da Família (ESF), são consideradas coordenadoras do cuidado da rede de saúde justamente por oportunizarem melhor articulação com o território e por estarem presentes no cotidiano da vida dos usuários, in lócus.

É na Atenção Básica que se organiza um dos principais eixos da PNAISC: a Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral, em que se realizam consultas sistemáticas de acompanhamento do bebê, objeto de estudo da presente tese. Portanto, considerando a importância do território, torna-se essencial conhecê-lo, pois trata-se uma parte fundamental do trabalho desenvolvido pelos profissionais. Trata-se do espaço em que todas as consultas ocorrem e ao qual pertence os usuários e suas culturas.

Sendo assim, o objetivo do presente capítulo é apresentar uma contextualização histórica e cultural do território, com destaque para a organização da rede de saúde e Atenção Básica de Montenegro/RS.

Método: Análise documental sobre o território

Como apresentado no capítulo anterior, a análise documental visa a investigação de documentos públicos ou privados de forma sistemática (Platt, 1981; Bailey, 2002; Mogalakwe,

2006), considerando o contexto histórico de sua produção, público alvo e autor (Platt, 1981; Grix, 2001; Bailey, 2002).

Na presente análise, foram utilizados documentos de diferentes características e fontes, classificados em: 1) Recortes de jornal sobre a rede de saúde de Montenegro, que permitiram produzir uma narrativa sobre o processo de organização da rede de saúde desde o início do século XX; 2) Recortes de jornal sobre a saúde do bebê em Montenegro, que atentaram-se especialmente às demandas ou indicadores de saúde do bebê; 3) Livros/capítulos/documentários relacionados a aspectos históricos da cidade; 4) Documentos da cidade, que incluem planos municipais de saúde e projetos de lei que permitem uma contextualização histórica; 5) Diário de pesquisa sobre contatos e conversas realizadas com profissionais e gestores da área da saúde do município.

Os documentos foram acessados de formas diferentes, na medida em que o pesquisador tomava conhecimento deles. Os recortes de jornal foram acessados em dezembro de 2021 na Biblioteca Pública Hélio Alves de Oliveira, em Montenegro. Buscando materiais que pudessem ajudar a conhecer a história da rede de saúde do município, o pesquisador entrou em contato com a referida biblioteca, que disponibilizou um acervo de notícias relacionadas à área da saúde organizado pela própria equipe da instituição. Do acervo total, que não podia ser retirado do local, foram pré-selecionadas 234 notícias. Em um segundo momento, com cópias desses materiais em mãos, foram selecionadas 60 notícias para compor o corpus de análise. O único critério de inclusão foi trazer substancial informação sobre a constituição da rede de saúde do município ou de atenção à saúde do bebê no âmbito público.

Outros documentos públicos foram encontrados a partir de sugestões de profissionais de saúde do município, encontradas no portal da prefeitura ou que constavam como referência de materiais já identificados. Foram incluídos os materiais que poderiam contribuir para o conhecimento sobre a história do município.

Os diários de pesquisa tratam-se de registros de informações a partir de encontros com profissionais, gestores da rede de saúde do município e moradores. Muitos desses encontros ocorreram de forma espontânea e ajudaram a remontar uma parte da história da cidade. Os diários permitem o registro da história oral, que nem sempre está explícita nos documentos oficiais. Portanto, trata-se de uma fonte importante para compreender lacunas da narrativa escrita. Destes, foram utilizadas informações que ajudassem a compreender a estruturação da rede de saúde, sobretudo de Atenção Básica do Município.

Todos os documentos públicos analisados encontram-se na **Tabela 4**:

Tabela 4: Documentos analisados sobre história e rede de saúde de Montenegro

Recortes de jornal sobre a rede de saúde			
Ano	Dia/mês	Jornal	Assunto
1978	s.d.	OASE	Hospital Montenegro
1978	09/09	O Progresso	Hospital Montenegro
1981	22/02	O Progresso	Hospital Montenegro
1987	06/05	Ibiá	Hospital Montenegro
1988	s.d./08	Nota datilografada	Hospital Montenegro
1991	22/02	O Progresso	Hospital Montenegro
1992	21/08	O Progresso	História da saúde
1994	18/02	O Progresso	Hospital Montenegro
2002	06/09	O Progresso	Atenção Básica
2004	22/05	Jornal NH	Pediatria
2004	02/07	Ibiá	Atenção Básica
2005	08/01	Jornal Ibiá	Hospital Montenegro
2006a	23/09	Ibiá	Atenção Básica
2006b	27/09	Ibiá	Atenção Básica
2009	28/10	Ibiá	Atenção Básica
2012a	23/08	Jornal NH	Hospital Montenegro
2012b	25/08	Jornal NH	Hospital Montenegro
2012	25/08	Ibiá	Hospital Montenegro
2016	20/02	Ibiá	Hospital Montenegro
2017	08/02	Ibiá	Investimentos
2018a	20/01	Ibiá	Atenção Básica
2018	24/02	Fato Novo	Atenção Básica
2018b	12/09	Ibiá	Atenção Básica
2019a	13/02	Ibiá	Hospital Montenegro
2019a	20/02	Fato novo	Hospital Montenegro
2019b	28/02	Ibiá	Atenção Básica
2019	01/03	O Progresso	Pronto Atendimento
2019b	13/03	Fato Novo	Pronto Atendimento
2019c	28/03	Ibiá	Pronto Atendimento
2019d	29/03	Ibiá	Atenção Básica
2019e	11/04	Ibiá	Conferência municipal de saúde
2019f	13/04	ibiá	Conferência municipal de saúde
2019g	20/04	Ibiá	PICS

2019h	01/05	Ibiá	Pronto Atendimento
2021a	22/01	Ibiá	Hospital Montenegro
2021b	03/02	Ibiá	Atenção Básica
2021c	19/02	Ibiá	Hospital Montenegro
2021d	23/02	Ibiá	Atenção Básica
2021e	02/03	Ibiá	Hospital Montenegro
2021f	03/03	Ibiá	Atenção Básica
2021g	17/03	Ibiá	Hospital Montenegro
2021h	31/03	Ibiá	Hospital Montenegro
2021i	16/04	Ibiá	Hospital Montenegro
2021	27/07	Fato Novo	Hospital Montenegro
2021j	18/08	Ibia	Hospital Montenegro
2021k	24/09	Ibiá	Hospital Montenegro
2021	29/10	O Progresso	Hospital Montenegro
2021l	29/10	Ibiá	Hospital Montenegro
Recortes de jornal sobre saúde do bebê			
Data	Dia/mês	Jornal	Assunto
2005	07/04	Ibiá	Mortalidade infantil
2005	11/04	Zero Hora	Mortalidade infantil
2005	12/07	NH	Mortalidade infantil
2007	06/04	Ibiá	PIM
2007	28/08	Ibiá	Cobertura vacinal
2018	07/08	Ibiá	Campanha vacinação
2018	17/08	Ibiá	Campanha vacinação
2018	07/09	Ibiá	Mortalidade infantil
2018	20/01	Ibiá	Cobertura vacinal
2019	22/10	Ibiá	Campanha vacinação
Livros/capítulo/documentário			
Data	Título	Autor/organizador	
1979	Montenegro de ontem e de hoje vol 1	Maria Eunice Müller Kautzman (Org.)	
1982	Montenegro de ontem e de hoje vol 2	Maria Eunice Müller Kautzman (Org.)	
1986	Montenegro de ontem e de hoje vol 3	Maria Eunice Müller Kautzman (Org.)	
s.d.	Primeira Diplomação Médicos pela Faculdade de Medicina/UFRGS	Nicolau Laitano e Genaro Laitano	
1996	O negro no Vale do Rio Caí	Grupo Consciência Negra de Montenegro	
Documentos municipais			
Data	Título		
2012	Projeto de Lei nº 016/12		
2017	Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021		
2019	Lei nº 6.630/2019		
2018	Lei nº 6.559/2018		

Fonte: Elaborado pelo autor

Após a identificação e organização dos conteúdos e informações contidas nos documentos, realizou-se uma análise crítica da produção dos documentos e da história do município e da rede de saúde de Atenção Básica, com especial atenção para aspectos culturais

e particularidades desta rede. Essa análise, apresentada nos resultados, oportuniza uma contextualização do território de pesquisa, no qual atuam os profissionais de saúde.

Resultados

Montenegro é uma cidade de médio porte, conhecida como cidade das artes, capital do tanino e da citricultura. Trata-se do município mais antigo da região do Vale do Rio Caí, e recentemente inserido na região metropolitana de Porto Alegre (Montenegro, 2017). Atualmente, conta com uma estimativa populacional de 66.157 habitantes (DataSUS, 2021) e área total de 424 Km² (Montenegro, 2017).

A economia do município de Montenegro se caracteriza pela presença de grandes indústrias de diferentes matrizes produtivas, dentre elas: tanino, frutas cítricas, aves, plásticos, produtos de informática e máquinas agrícolas. O setor primário também tem um peso importante para a economia do município, sobretudo a citricultura. A expansão industrial, fomentada por políticas municipais de incentivo, oportunizou o aumento populacional e do setor comercial (Montenegro, 2017). E mais recentemente, considerando as oportunidades de trabalho que o setor industrial oferece, o município tem recebido grupos de migrantes de outros países, sobretudo da Venezuela (Baptista, 2021).

A região que atualmente compõe o município de Montenegro era chamada de Ibía pelos indígenas Ibiraiaras que lá viviam. Ibía, hoje chamada de Ibiá, fazia parte da região de Ibiacá, que contemplava uma grande região composta por parte dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O nome indígena da região atribuído pelos Ibiraiaras (jês-tapuias) é composto pelas palavras Ibía (caminho do rio), e çá (travessia).

Os primeiros moradores da região hoje conhecida como Montenegro eram os indígenas da tribo Ibiraiaras (jês-tapuias). No entanto, após invasões portuguesas e espanholas na região, que assassinaram e escravizaram parte desse grupo indígena, obrigando-os a fugir para o norte do estado, outras tribos também passaram a ocupar a região, tal como os carijós (tupi-guaranis).

O nome Ibía também foi apropriado pelos invasores, transformando-o em Ibiá (Rosa, 1979), que também é o título de um dos mais importantes jornais da cidade.

Durante o período colonial, portugueses e espanhóis tinham interesse em transitar pela região, tanto por tratar-se de uma rota para o Rio da Prata ou Lagoa dos Patos, quanto para estabelecimento de território (Rosa, 1979). No entanto, o primeiro português a chegar na região do Vale do Rio Caí, em meados de 1750, encontrou um casal formado por um homem indígena e uma mulher negra (Grupo Consciência Negra, 1996).

A partir de um trabalho de pesquisa e documentário realizado pelo Grupo Consciência Negra de Montenegro (1996), é possível resgatar parte da história oral que demonstra que os negros se estabeleceram na região, junto aos indígenas, antes de qualquer invasor. A principal hipótese é de que negros escravizados que conseguiam escapar de estância de Porto Alegre e região através dos rios, chegando na região pelo Rio Caí. Dessa forma, integrando-se às comunidades indígenas já existentes ou até mesmo constituindo quilombo, tal como hoje é nomeado um bairro de São Sebastião do Caí, cidade vizinha de Montenegro (Grupo Consciência Negra, 1996). No entanto, essa parte da história ainda se encontra apagada nos principais registros sobre a história de Montenegro, que versam sobretudo sobre as imigrações portuguesas e alemãs. O que reitera a importância de movimentos tal como o Grupo Consciência Negra.

A localidade que hoje é conhecida enquanto Montenegro recebeu imigrantes de origem alemã e italiana somente a partir da segunda metade do século XIX, quando ainda fazia parte do distrito de Triunfo, denominado Porto das Laranjeiras, que por sua vez, já passava por um processo de colonização desde a metade do século anterior (Becker, 1979). Atualmente, Montenegro é conhecida como uma localidade de colonização alemã, italiana e portuguesa. No entanto, é possível observar a valorização sobretudo da cultura alemã e portuguesa. Em documentos históricos, tal como a principal obra que conta a história do município:

Montenegro de Ontem e de Hoje, apesar de os portugueses serem mencionados como os primeiros entre estes a chegarem, somente os alemães possuem um capítulo próprio sobre sua história (Becker, 1979). Por outro lado, em outros momentos da obra, afirma-se que a base da colonização é açoriana (Rigon, 1986). No entanto, é importante destacar que ao longo das listas de nomes importantes, composições de câmaras de vereadores, e empresas, destacam-se a presença de sobrenomes alemães e portugueses, o que reitera o impacto dessas duas culturas nos valores e cultura da cidade tal como hoje é conhecida.

Montenegro foi alçada à categoria de freguesia em 1867, sendo então denominada São João do Monte Negro (Arpini, 1986). O monte a qual se refere trata-se do Morro São João, importante paisagem da cidade. Já a emancipação de Montenegro ocorreu em 1873, sendo então considerada Vila Monte Negro, e o posteriormente ascendeu à alcunha de cidade de Montenegro (Arpini, 1986).

Após o processo de colonização, os primeiros médicos de Montenegro que se tem documentado trata-se do casal Carlos Hardegger, de origem suíça, e Alice Maeffer, brasileira (O Progresso, 1992), ambos formandos da primeira turma de Medicina na então Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, em 1904 (Laitano & Laitano, s. d.). Enquanto Carlos era o que hoje conhecemos como clínico geral (alopata), Alice fazia atendimentos ginecológicos, obstétricos e partos⁴. Os pacientes eram trazidos e levados em coches de tração animal. Ambos deixaram o município dentro de alguns anos para trabalhar em Santa Cruz do Sul (O Progresso, 1992).

O modelo de atendimento médico nas residências dos pacientes se manteve durante muitos anos. Ou ainda, existiam algumas poucas das chamadas “casas de saúde”, em que

⁴ Há uma divergência de informações descritas em Laitano e Laitano (s.d.) e no exemplar do Jornal O Progresso (1992) consultado. Enquanto o primeiro documento, que apresenta uma breve história da primeira turma a diplomar-se em medicina na faculdade mencionada, refere que o marido de Alice Maeffer, Carlos Hardegger, a impediu de exercer sua profissão para dedicar-se ao lar; a matéria de jornal que descreve sua prática em atendimentos ginecológicos, obstétricos e partos foi baseada, entre outras fontes, em conversas com pessoas que conheciam o casal. Portanto, nesse ponto, será adotada na presente tese a versão que conta com esses relatos.

pessoas enfermas também eram atendidas (Hass, 1988; O Progresso, 1991). Cabe ressaltar que na primeira metade do século XX, como mencionado no Capítulo I da presente tese, o modelo assistencial de saúde no Brasil era incipiente em termos de políticas públicas (Paim, 2009). Apenas tinha acesso à atendimento em saúde pessoas que podiam pagar. Do contrário, dependia-se de assistência filantrópica, por vezes oferecidas pelas casas de saúde.

É nesse contexto que em 1929, em uma assembleia da Ordem Auxiliadora de Senhoras Evangélicas (OASE) de Montenegro, se determinou o empreendimento de esforços para a construção de um hospital para o município. Tal instituição atenderia à necessidade de ampliar e qualificar a estrutura de atenção à saúde em Montenegro (Ibiá 2021c), além de funcionar enquanto instituição de atendimento filantrópico para aqueles que não poderiam pagar (Hass, 1988; O Progresso, 1991). O caráter caritativo do hospital está enraizado e implícito na descrição que até hoje se faz do hospital. Como por exemplo, o objetivo das membras da OASE em “fazer o bem” (O Progresso, 2021); ou ainda, reconhecer que antigamente os cargos administrativos eram sem remuneração financeira, mas “honoríficos” (O Progresso, 1981).

Para a construção e consolidação do hospital realizou-se mobilizações com empresas e cidadãos do município, angariando fundos através de quermesses e outros eventos, além de recorrer-se a empresas da capital do Rio Grande do Sul. Ainda, contou-se com uma doação em dinheiro da Central Evangélica da República Federal da Alemanha Ocidental. Interessante notar que apesar da doação referir-se a uma parcela muito pequena do valor total do hospital, foi necessário a publicação de documentos que afirmassem o hospital enquanto uma conquista montenegrina, não resultante de caridade estrangeira (Hass, 1988; O Progresso, 1991).

A necessidade de publicar-se tal esclarecimento parece ser fundamentado na valorização que os habitantes do município têm para com a cultura alemã, reconhecida como a principal identidade da colonização da cidade. Em uma reportagem publicada no Jornal Ibiá (2021c) são atribuídas duas identidades às proponentes do hospital, bem como características

pertencentes ao imaginário de tais identidades: serem alemãs, e que, portanto, tinham a característica de agir para criar infraestrutura no local onde residiam; e serem mulheres, habituadas a práticas de cuidar de filhos e maridos.

O Hospital Montenegro foi inaugurado em fevereiro de 1931, atuando no cuidado à saúde da população montenegrina com os serviços de hemoterapia, clínica médica, cirurgias, obstetrícia e pediatria (O Progresso, 1994). Posteriormente, a instituição passou por três grandes reformas e aumento na variedade de serviços, equipe de profissionais de saúde e capacidade de atendimento, apesar dos diversos problemas financeiros (Ibiá, 1987; O Progresso 1978).

Em um dos documentos analisados, datado de 1988, ano da Constituição Cidadã, que passou garantir a saúde enquanto um direito de todo brasileiro e dever do Estado, é referido que os repasses governamentais não eram suficientes para a manutenção do hospital. Essa situação foi atribuída à interferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que limitavam os atendimentos e pagavam preços defasados, deixando o hospital em quase estado de falência (Hass, 1988; O Progresso, 1991). O INAMPS, política pública anterior ao SUS, foi extinto somente em 1993, ocasionalmente (ou não) o ano de inauguração da nova ala pediátrica do hospital (O Progresso, 1994).

Após a implementação do SUS, em 1990, é possível observar a estruturação dos primórdios da Atenção Básica em Montenegro. O primeiro serviço voltado especificamente a atendimentos pediátricos na rede recebeu o nome de “Criança Lambança”. Trata-se de um nome sugerido por uma criança do município e escolhido a partir de um concurso. Essa primeira unidade contava com atendimento de pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicóloga (Diário de campo, 15/10/2021). Esse serviço foi o início de uma particularidade do município em relação ao atendimento de bebês e crianças. Pois até hoje existe uma unidade chamada “Pediatria”, específica para o atendimento dessa faixa-etária.

Apesar de profissionais de diferentes formações comporem a equipe dessa unidade, desde seu início, importante notar que a formação médica de Pediatria é a que dá nome ao espaço, sugerindo a qual saber o lugar pertence.

Mas é a partir do início dos anos 2000 que importantes programas e políticas dos governos federal e estadual oportunizam uma Atenção Básica mais estruturada. Em 2002 foi implementado no município o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contou inicialmente com a contratação de 17 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Junto a eles, também foi contratada uma enfermeira, pois não havia nenhuma que atuasse em regime de 40h semanais na Atenção Básica, o que era uma demanda para a consolidação do programa (Ibiá, 2004; O Progresso, 2002). E logo após o PACS, veio a política de Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando as unidades de saúde e suas equipes (Diário de campo, 15/10/2021), além do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) (Ibiá, 2007a). A esses programas atribui-se os baixos índices de Mortalidade Infantil alcançados no início dos anos 2000 no município (Zero Hora, 2005).

Outras importantes políticas que oportunizaram o acesso da população aos serviços de saúde no município foram o Bolsa Família e o Família Cidadã, que além de cumprir com uma agenda de redistribuição de renda, oportunizaram que famílias se inserissem no município enquanto cidadãos de direitos. Pois na época, era comum que os usuários não tivessem certidão de nascimento ou não soubessem a que município pertenciam. A emissão de documentos de identificação, bem como o cartão SUS, permitiu que esses usuários passassem a ter conhecimento e acesso aos serviços de saúde (Diário de campo, 15/10/2021).

A unidade de Pediatria foi reinaugurada em 2004, a partir da demanda de melhora das condições de trabalho, bem como ampliação da quantidade de atendimentos, que já estavam com a média de 200 por dia (Jornal NH, 2004). Desde seu início, esse serviço é situado no mesmo local que a atual Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, na época tratava-se da

Secretaria Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente (Diário de campo, 15/10/2021). Isso explica o porquê atualmente o complexo de prédios em que funcionam a Secretaria de Saúde, Pediatria, Unidade de Pronto Atendimento, Policlínica, entre outros serviços, é conhecido até hoje pela população como “Assistência”. O desmembramento das secretarias ocorreu somente em 2006, quando foram criadas secretarias específicas para assuntos referentes a Assistência Social e ao Meio Ambiente.

No entanto, é importante refletir sobre os efeitos de reconhecer o local de serviços de saúde enquanto uma “assistência”. De fato, a secretaria de saúde era vista pela população enquanto uma entidade assistencial (Diário de campo, 15/10/2021), de forma que o SUS seria um tipo de serviço de saúde para aqueles que não podiam pagar. Esse entendimento coincide com a lógica assistencialista, caritativa e meritocrática que existia antes do SUS (Paim, 2009; Menicucci, 2014; Paiva & Teixeira, 2014).

A chamada Pediatria foi rebatizada em 2012, através de um Projeto de Lei (nº 06/2012) da Câmara Municipal de Vereadores, denominando-a como Pediatria Isolina Maria Bondan. O novo nome é uma homenagem à Isolina, uma antiga parteira que atuou no distrito de São Vendelino, na época, 7º distrito de Montenegro, entre os anos de 1938 e 1951; e no próprio município de Montenegro, entre os anos de 1938 e 1967. Estima-se que tenha realizado no município cerca de 2.538 partos. Ainda que durante esse período já existisse o Hospital Montenegro, em que médicos realizavam os partos, era ela que atuava nas residências. Ou ainda, em alguns casos, em parceria com os médicos (Projeto de Lei 06/2012, Montenegro).

Em 2012, uma outra conquista trouxe importantes repercussões para a rede de atenção à saúde de Montenegro. O Hospital Montenegro passou a ter a denominação 100% SUS. O que implica na descontinuidade em diferenciar atendimentos públicos e privados ou de convênio, dentro da instituição. Além de contribuir ainda mais para a rede de Montenegro e demais municípios da região, aumentou-se o incentivo financeiro para o hospital, o que possibilitou o

equilíbrio de contas, modernização de equipamentos e a implementação de um serviço 24h de Pediatria (Correio do Povo, 2012; Ibiá, 2016; Jornal NH, 2012a; Jornal NH, 2012b). Ainda que recentemente o hospital tenha sofrido com a sobrecarga de atendimentos decorrentes da pandemia, em que ocorreu uma ocupação de 91% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e com mudanças nas políticas de repasses de verbas do governo do Estado, ocasionados pelo Programa Assistir, o hospital mantém-se 100% SUS (Ibiá, 2021e; Ibiá, 2021j; Ibiá, 2021k).

Ao longo dos anos a Atenção Básica do município enfrentou alguns desafios em sua estruturação, tal como a dificuldade de investir em prevenção e a baixa cobertura de ACS e ESF (Ibiá, 2009). Em 2007, data do primeiro registro sobre o município no Portal da Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor), Montenegro possuía uma população estimada de 60.551 habitantes, com uma cobertura de Atenção Básica e de ESF de aproximadamente 17,09% da população. Já o dado mais recente, referente ao ano de 2020, já revela uma população estimada em 65.264 habitantes, com uma cobertura populacional de ESF de 10,57% da população e de Atenção Básica de 32,41% dos habitantes (Brasil, 2022a).

Atualmente a rede de Atenção Básica de Montenegro conta com as seguintes unidades de saúde:

Unidade Pediatria, localizada junto ao complexo de prédios da Secretaria Municipal de saúde, também conhecido como “assistência”, em que são atendidos os usuários da Unidade de Saúde Timbaúva e dos bairros Timbaúva, Estação, Santa Rita, São Paulo, São Pedro e localidades do interior (Montenegro, 2017; Brasil, 2022b). Atualmente, a Pediatria atua através de serviços de profissionais de Enfermagem, Nutrição, Pediatria, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatra e Serviço Social. Apesar de haver um território adscrito, é na Pediatria que são realizadas todas as primeiras consultas de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento, com o pediatra. Já o acompanhamento sistematizado

realizado posteriormente, são continuados nas Unidades de Saúde de referência de cada território. A realização dessa primeira consulta na unidade Pediatria deve-se ao fato de alguns testes da triagem neonatal estarem disponíveis apenas lá (Diário de campo, 14/10/2021; Diário de campo, 15/10/2021). Ainda, quando necessário, atendimentos com especialidades também são realizados na unidade Pediatria (Diário de campo, 15/10/2021). Importante ressaltar que no momento em que essa pesquisa foi realizada tratava-se de um período de mudanças, em que recentemente os bebês e crianças passaram a ter a continuidade de suas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nas Unidades de Saúde de seu bairro, gerando um estranhamento tanto em alguns usuários como em profissionais (Diário de campo, 14/10/2021).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro foi implementada em 2018, após o fechamento do Posto de Atendimento Médico (PAM), que funcionava no mesmo prédio do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), no município. Interessante notar a proximidade entre essas duas instituições, uma vez que antes do SUS eram os institutos de previdência que ofertavam atendimento em saúde para parte da população. A unidade possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês no momento da realização da pesquisa: médicos (n=3), enfermeiros (n=2), pediatras (n=2), dentista (n=1), técnicos em enfermagem (n=3), vacinadores (n=2) e nutricionista (n=1), atendendo usuários dos bairros Centro, Bela Vista, Ferroviário, Olaria, e Micro área 51. Apesar de o acompanhamento sistemático ser realizado pelo pediatra, quando necessário, médicos podem vir a atender um bebê, quando necessário. Além da unidade Pediatria, a UBS Centro é a única unidade que possui pediatras diariamente, servindo também como referência para demais localidades do município. As demais unidades contam com profissional da Pediatria ao menos uma vez por semana, (Diário de campo, 14/10/2021; Diário de campo, 17/12/2021).

O Plano Municipal de Saúde (Montenegro, 2017), informa a existência de apenas três Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família: Germano Henke (ESF1), Esperança (ESF2) e Industrial (ESF3) até o ano de sua publicação. No entanto, observa-se que em 2021 esse número já havia subido para cinco. E cada uma dessas Unidades de Saúde possuem uma numeração correspondente. Cada uma das Unidades de Saúde com ESF serão apresentadas a seguir:

A ESF1 Germano Henke leva este nome por ficar localizada no bairro de mesmo nome. No momento de realização da pesquisa, a Unidade de Saúde possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês no momento da realização da pesquisa: enfermeira (n=1), médico (n=1), pediatra (n=1), técnico em enfermagem (n=1), vacinadora (n=1), e ACS (n=7) (Diário de Campo, 10/09/2020). Os bairros atendidos pela unidade são Germano Henke, Aeroclube, Zootecnia e Estação (Montenegro, 2017).

A ESF2 Esperança fica localizada no bairro Senai, antigamente conhecido como “Vila Esperança”, que dá nome à Unidade de Saúde. No momento de realização da pesquisa, a Unidade de Saúde possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês no momento da realização da pesquisa: enfermeira (n=1), médico (n=1), pediatra (n=1), dentista (n=2), técnico em enfermagem (n=2), vacinadora (n=1), auxiliar odontológico (n=1) e ACS (n=6) (Diário de campo 25/11/2021a). Os bairros atendidos pela unidade são SENAI, Cinco de Maio, Esperança e Santa Rita (Montenegro, 2017).

A ESF3 Industrial fica localizada em bairro homônimo, que dá nome à Unidade de Saúde. No momento de realização da pesquisa, a Unidade de Saúde possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês no momento da realização da pesquisa: enfermeira (n=2), médico (n=1), pediatra (n=1), dentista (n=2), técnico em enfermagem (n=2), e ACS (n=6) (Diário de campo 30/11/2021a). Os bairros atendidos pela unidade são Bela Vista, Tanac e Industrial (Montenegro, 2017). A ESF4 Santo Antônio também fica em bairro homônimo.

Até o ano de 2017, não estava caracterizada enquanto ESF. No entanto, já em 2020, ano de primeiro contato com a Unidade de Saúde, a mesma já era caracterizada pela política da estratégia. No momento de realização da pesquisa, a Unidade de Saúde possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês: enfermeiras (n=2), médico (n=2), pediatra (n=1), dentista (n=2), técnico em enfermagem (n=4), e ACS (n=8) (Diário de campo 30/11/2021b). Os bairros atendidos pela unidade são Santo Antônio, Panorama, Cinco de Maio, Pinheiros e Alfama (Montenegro, 2017).

A ESF5 Centenário - Dr. Pedro José Passos Puzyna também fica em bairro de mesmo nome. Centenário, que dá nome ao bairro e à Unidade de Saúde, refere-se ao Parque Centenário, um importante parque municipal inaugurado na ocasião de 100 anos do município. Já Dr. Puzyna, trata-se de um importante ginecologista e obstetra que atuou na cidade entre os anos de 1973 e 2015, dedicando-se ao nascimento de ao menos 10 mil crianças. De acordo com o projeto de lei que sugere seu nome para a Unidade de Saúde, trata-se do primeiro ginecologista e obstetra da cidade, junto com seu colega Marcos Antônio Farret (Lei 6.559/2018, Montenegro). No entanto, essa informação diverge do achado de que Alice Maeffer, citada no início desse capítulo, já exercia tais atividades no município no início do século XX. O que é um dado importante, pois identifica-se o nome de uma mulher sendo apagado da história do município, tal como também ocorreu com a história dos negros no município, se não fosse o documentário produzido pelo Grupo Consciência Negra (1996).

A ESF5 está situada dentro do parque Centenário, ao lado de um dos portões de acesso. No momento de realização da pesquisa, a Unidade de Saúde possuía os seguintes profissionais que trabalhavam com bebês: enfermeiras (n=2), médico (n=1), pediatra (n=1), técnicos em enfermagem (n=2), e ACS (n=5) (Diário de Campo 25/11/2021b). Os bairros atendidos pela unidade Rio Barbosa, Centenário, Faxinal, Imigração, São Joao e Progresso (Montenegro, 2017). Uma particularidade dessa Unidade de Saúde é que ela era uma das principais

responsáveis pelo atendimento da população indígena situada em terreno ao lado do Parque Centenário.

Para atender a demandas da população do interior do município, a rede de Atenção Básica ainda conta com a Unidade de Saúde Santos Reis, atendendo à área rural de Santos Reis; a Unidade de Saúde Muda Boi – Tio Mário, atendendo à área rural de Muda Boi, e uma Unidade Móvel, contemplando outras 22 localidades rurais (Montenegro, 2017). Tio Mário trata-se de Manuel Valdemar Machado, um morador da localidade de Muda Boi que, seguindo uma tradição de sua família, atendia diversas pessoas que o procuravam para alcançar curas e preces através de rezas e benzeduras (Lei 6.630/2019, Montenegro). Nenhuma das Unidades de Saúde que atendem o interior do município possuem equipes de Estratégia Saúde da Família. Além disso, trabalham em um horário diferenciado de atendimento, sendo abertas apenas pelas manhãs, em dias alternados da semana (Montenegro, 2022). Os profissionais que atuam nessas unidades também atuam em unidades de regiões mais centrais.

Dentre seus 66.157 habitantes (DataSUS, 2021), estima-se que 2.656 sejam bebês de até dois anos de idade (DataSUS, 2021), o que representa pouco mais de 4% da população total. As notícias identificadas e analisadas ajudam a compreender algumas demandas relacionadas a saúde dos bebês. Dentre elas: a mortalidade infantil e campanhas de vacinação.

Após importantes quedas nos índices de Mortalidade Infantil (MI), ou seja, o número de óbitos de crianças nascidas vivas até um ano de idade, estes índices vêm aumentando. Em 2005, Montenegro chegou a ficar em 3º lugar no ranking de diminuição MI no estado do Rio Grande do Sul, com mortalidade de 6,5 a cada mil nascidos vivos (Ibiá, 2005; Jornal NH, 2005; Zero Hora, 2005). Em 2018 esse índice chegou a 3 para cada mil nascidos vivos (Ibiá, 2018a). Atualmente esse índice está em 13,29 mil (IBGE, 2020). Trata-se de um índice maior que o do estado (MI= 9,75 mil) (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2022), e da capital Porto Alegre (MI=9,75) (IBGE, 2020). A rede de saúde de Montenegro é referência para a

região, o que significa que alguns serviços de saúde prestam cuidados para com a população de municípios vizinhos, tal como o Hospital Montenegro, que conta com um serviço de Pediatria, e atende cerca de 200 mil habitantes da região.

Já em relação a campanhas de vacinação infantil, observa-se a identificação de diversas notícias sobre o tema, sobretudo comunicados recentes à população (Ibiá, 2018b, Ibiá, 2018c, Ibiá, 2019). O que parece ser justificado pela diminuição da cobertura vacinal no município, fenômeno que também tem sido observado em diferentes regiões do Brasil. Em 2016 o município alcançou o marco de 100% na vacinação contra poliomielite. No entanto, em 2017 esse índice caiu para 91%. Atribui-se essa queda à existência de grupos anti-vacina e falta de doses (Ibiá, 2018d). Apesar de ainda ser um índice muito superior aos 55% alcançados em 2007 (Ibiá, 2007b), o retrocesso na cobertura vacinal é preocupante.

Dentre os documentos identificados e analisados somente essas duas demandas relacionadas aos bebês puderam ser identificadas. Essa análise possui limitações, tal como a pequena amostra de materiais, que por sua vez, que já havia passado por uma seleção realizada pela Biblioteca Pública para composição de seu acervo relacionado à saúde. No entanto, foi possível recompor parte importante da história do município, seu sistema de saúde, bem como conhecer quais informações são priorizadas e como são apresentadas. Essa contextualização é importante, pois trata-se do território em que atuam os profissionais de saúde e vivem os bebês e seus cuidadores.

CAPÍTULO IV

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO CUIDADO À SAÚDE DO BEBÊ E SEUS CUIDADORES NO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO/RS

O presente capítulo foi omitido a fim de preservar o sigilo dos participantes. Este será publicado em formato de artigos.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO GERAL

A presente tese buscou investigar os desafios envolvidos no trabalho de profissionais que atuam nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no território de Montenegro/RS. Para tal, primeiramente realizou-se um percurso de pesquisa que atravessou a análise de documentos que orientam ou fazem parte do acompanhamento do bebê (0-2 anos) na Atenção Básica do SUS. Em um segundo momento, de aprofundamento no território de Montenegro/RS, apresentou-se uma análise documental que permitiu conhecer aspectos importantes da história do município e da estruturação de sua rede de saúde, incluindo a Atenção Básica e saúde do bebê. E, por fim, foram realizadas entrevistas com 15 profissionais de saúde de Montenegro/RS que atuam nas consultas de acompanhamento do bebê. As entrevistas foram conduzidas e analisadas, respectivamente, sob uma perspectiva psicanalítica de escuta dos entrevistados e dos dados (Caon, 1996; Irribary, 2003; Costa & Poli, 2006; Rosa & Domingues, 2010). Este último capítulo tem como objetivo integrar discussões propostas até então, articulando com outras contribuições da literatura.

Como mencionado, este trabalho realiza um recorte territorial em sua proposta e foi conduzido com base nas diretrizes do SUS, incluindo a diretriz de Regionalização e Hierarquização, que se refere à organização das redes de serviço, com foco na noção de território (Brasil, 1990a; Matta, 2007). No entanto, cabe realizarmos um primeiro questionamento: o que é um território?

Para Santos (1998), um território é mais do que limites espaciais e geográficos. Um território pode ser banal, utilizado por todos, ou espaço em que operam redes, a serviço de alguns e sobredeterminado por relações. O território é habitado por humanos, formas, objetos e ações. Portanto, trata-se de um lugar do acontecer social. Para Faria e Bortolozzi (2016) há

grande influência do pensamento de Milton Santos na noção de território preconizado pelo SUS. Sua perspectiva totalizadora de território, ou seja, em que nada ocorre fora de um território, oportuniza compreendê-lo e considerá-lo para operacionalização dos serviços, planejamento de ações e práticas de profissionais da saúde. Portanto se nada existe fora de um território, é necessário considerá-lo em qualquer prática bem como pesquisa que envolva os atores sociais envolvidos nas políticas públicas de saúde. No caso da presente tese, trata-se dos profissionais de saúde que atuam nas consultas de acompanhamento do bebê.

Considerar o território nas políticas de saúde é um desafio para orientações gerais que estruturam os serviços e o trabalho dos profissionais de saúde. A análise dos documentos que orientam e fazem parte do trabalho dos profissionais que atuam com bebês na Atenção Básica, apresentada no Capítulo II, identificou alguns desses aspectos que foram mencionados pelos profissionais de saúde de Montenegro, enquanto desafios. O primeiro deles que podemos destacar é que os documentos, criados para serem utilizados por profissionais e cuidadores de todo país, não conseguem contemplar essas especificidades. Um dos documentos mais representativos, no que se refere à saúde do bebê e da criança, é a Caderneta da Criança (CC), referido pelos profissionais enquanto um documento de extrema importância para a continuidade do cuidado no acompanhamento dos bebês na rede de saúde.

Como demonstrado pelas entrevistas, recentes atualizações desconsideram as diferentes organizações dos serviços e especificidades do acompanhamento de cada bebê no seu território, sobretudo relacionadas à frequência e número de consultas nos primeiros dois anos de vida. Esse descompasso cria entraves para os profissionais, que precisam encontrar outras formas de fazer os registros e utilizar a CC. Portanto, um dispositivo criado para facilitar a comunicação entre profissionais, e destes com os cuidadores, torna-se de difícil utilização.

Artigos sobre as práticas dos profissionais que realizam as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento têm evidenciado baixos índices de

preenchimento e de qualidade de registro na CC (Carvalho & Sarinho, 2016; Vieira et al., 2018; Souza et al., 2019; Marques et al., 2021). Através das entrevistas com os profissionais de Montenegro/RS, é possível observar que, para além da constatação do baixo registro ou registro incompleto, existe uma dinâmica institucionalizada no uso das CC, tratada muitas vezes tanto pelos cuidadores quanto pelos profissionais enquanto um simples registro de vacinas. Outras vezes, pela falta de exemplares para distribuição, são apenas entregues materiais impressos com os registros que consideram mais importantes, denominada “carteirinha menorzinha”.

No entanto, além da cultura enraizada sobre sua utilização limitar-se a um cartão de vacina, outros desafios identificados nas entrevistas, relacionados à demanda de trabalho, tempo de consulta, falta de materiais, atualizações universais dos documentos e desvinculadas das particularidades de cada município, evidenciam que o não preenchimento da CC é apenas a expressão de um contexto repleto de desafios com o qual os profissionais precisam lidar em seus cotidianos. Assim como as consultas demandam mais do que um checklist sobre marcos do desenvolvimento, a constatação sobre a realização ou não do preenchimento satisfatório se torna uma discussão rasa diante de tantos desafios enfrentados pelos profissionais. Portanto, é necessário avançar sobre as necessidades dos usuários e profissionais a partir de sua experiência, levando em consideração os diferentes territórios em que a CC é utilizada. Estudos territorializados contribuem para essa discussão, que precisa ir além da avaliação do trabalho dos profissionais. Não por acaso, a primeira impressão dos profissionais sobre o convite para participar de uma pesquisa gerou o receio de ser avaliado. Pois, como mencionado, diversos estudos voltados para o acompanhamento do bebê possuem esse caráter avaliativo: preenchem ou não preenchem, práticas satisfatórias ou insatisfatórias, boa ou má aderência a protocolos, e etc.

A utilização da CC é potente, uma vez que permite a interlocução entre os diferentes serviços e profissionais de saúde pelos quais o bebê passa, além de ser possível compartilhar o

processo de acompanhamento com os cuidadores. Esse é um entendimento explícito na fala dos profissionais. Por outro lado, o dispositivo tem passado por um processo de complexificação e descolamento de uma proposta observacional, aproximando-se de um checklist de medidas e marcos do desenvolvimento. Enquanto os manuais das antigas “fichas de avaliação” incentivavam a observação e escuta, os atuais instrumentos de vigilância sugerem um processo de preenchimento e verificação simplificado. Preenchimento este, por vezes, não realizado pelos profissionais, tanto pelos desafios já mencionados anteriormente, ou até mesmo por uma imprecisão ou deslocamento conceitual, tal como o item “laços de afeto” da mais recente atualização da CC, descrito pelos profissionais enquanto incompreensível.

Em sua dissertação de mestrado, Müller (2011) fez uma análise crítica da até então nomeada Caderneta de Saúde da Criança, discutindo os diferentes discursos e verdades produzidas através desse dispositivo. Para a autora, trata-se de um dispositivo de controle e regulação de vidas, que normatiza cuidados e modos de ser na infância e família, tendo como efeito a objetificação do infante. Já Dias (2021)⁵, em seu Trabalho de Conclusão de Curso, analisou os documentos que orientam o trabalho de profissionais da Atenção Básica e de Assistência Social. Em seu trabalho, identificou a invisibilidade de bebês e crianças em situação de acolhimento institucional, uma vez que o modelo de família nuclear é central nos documentos produzidos para essas duas redes de cuidado. Portanto, identificando que até mesmo grupos de bebês e crianças que poderiam ser considerados prioritários, em termos de políticas públicas, são inviabilizados pela discriminação de formas de existência diferentes desses grupos hegemônicos.

A análise documental apresentada na presente tese identificou que os documentos do Ministério da Saúde realizam reproduções ideológicas (Woods, 2004; Marx, 2007; Cohen,

⁵ Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido junto ao Projeto de Pesquisa SUSBEBÊ (NUDIF/UFRGS, 2019), do qual também decorre a presente tese.

2009) de estruturas familiares específicas que são tomados enquanto universais (Fonseca, 2002; Fonseca, 2005). Tratam-se de formas de família que são reproduzidas desde o período colonial com o apoio, inclusive, dos primeiros manuais e revistas de puericultura no Brasil, tal como o jornal “A mãe de família”, de 1947, que sugere desde seu título qual a concepção de família e papéis de gênero reproduz. No entanto, diversas vezes, na prática, as famílias que os profissionais atendem divergem desse perfil.

É importante considerarmos esses aspectos ideológicos, pois não existe prática que não seja ideológica e realizada através dela (Campos, 2014b). Tratam-se de aspectos implícitos que também produzem desafios aos profissionais, pois, muitas vezes, não condizem com a realidade e reais necessidades dos cuidadores e bebês. Analisar esses aspectos permite refletirmos sobre os pressupostos que embasam os documentos e políticas, e conseqüentemente, as práticas. Nesse sentido, cabe destacar ainda um outro discurso ideológico presente, tanto nos documentos, quanto nas falas dos profissionais sobre sua formação: o adultocentrismo.

O adultocentrismo é um paradigma que toma o adulto como centro da vida humana, de modo a enxergar outras etapas do desenvolvimento, tal como a infância, sob a perspectiva do adulto (Goode, 1986; Petr, 1992; Atem & Rocha, 2019). Para Petr (1992), trata-se de um processo de centralizar e naturalizar um grupo em detrimento de outro tal como ocorre no etnocentrismo. Perspectivas adultocêntricas estabelecem o adulto enquanto objetivo de um desenvolvimento, de modo que crianças são tomadas enquanto ainda incompletas (Petr, 1992). E, para atingir tal objetivo, a criança precisa seguir o ideal de infância proposto pelos próprios adultos. Fica implícita, então, a ideia de que o adulto precisa intervir no desenvolvimento da criança, para que esta se torne um adulto completo. Esta perspectiva não se trata de um conhecimento concreto e sabido pelos próprios sujeitos envolvidos e, portanto, está no campo de uma ideologia (Goode, 1986). Atem e Rocha (2019) acrescentam ainda que outros

marcadores sociais também estão atrelados a perspectivas adultocêntricas, de modo que, no Brasil, espera-se de uma criança que ela seja burguesa, branca e cristã, para ter um destino previsível de um adulto burguês e cristão.

Esta discussão parece minimamente estabelecida no país no campo da educação e formação docente (Atem & Rocha, 2019). No entanto, até o momento, foi encontrada apenas uma tese que discute essa perspectiva no âmbito de políticas públicas voltadas para a infância, incluindo profissionais da saúde. Através da análise de uma experiência com o dispositivo grupal de roda de conversa com profissionais da saúde e de outras áreas, Fim (2022) discute o adultocentrismo enquanto prática colonizadora, em que a criança é atravessada pelo desejo de uma nação brasileira branca e cisheteronormativa. Propõe a importância de encontrar e experienciar práticas que tensionem a relação adulto-criança-entorno. Deslocando assim, o adulto da centralidade na infância.

A partir da fala dos profissionais entrevistados, é possível observar que o adultocentrismo atravessa a formação e escolha profissional. A perspectiva adultocêntrica de formação produz desafios, na medida em que, sendo a formação centrada no adulto, os profissionais de Enfermagem, que têm uma formação mais abrangente e menos específica que os pediatras, têm poucas oportunidades de atentar-se para a saúde da criança, e mais especificamente, à saúde do bebê. Desta forma, o bebê é tido como a exceção na formação desses profissionais. Ao mesmo tempo, em relação ao desejo de trabalhar com bebês, há menções de que é uma maneira de formar “adultos melhores”.

Outro aspecto também relacionado à formação é o desafio mencionado pelos profissionais sobre as formas de um bebê se expressar. Aparentemente uma formação ainda adultocêntrica não facilita aos profissionais o estabelecimento de uma comunicação que vá além da fala, que no caso dos bebês, são as palavras do cuidador. No entanto, a experiência de trabalho e a tentativa de escutar um bebê para além das palavras produz um deslocamento e

novas formas de escuta. Segundo duas enfermeiras, essas novas forma de escuta são atravessadas tanto pela técnica, desenvolvida na própria experiência de trabalho, quanto pela sensibilidade, aspecto atribuído a características de cada profissional.

A metáfora de os bebês serem apenas “pinceladas” durante a formação de profissionais da Enfermagem ajuda a compreender a composição do quadro apresentado por eles, bem como os desafios e esforços empregados para realização de seu trabalho. Estudos empíricos sobre as consultas de acompanhamento (Carvalho & Sarinho, 2016; Dantas et al., 2018; Lucena et al., 2018; Nascimento et al., 2018; Pereira et al., 2015; Reis, Luvison, & Silva, 2015; Souza et al., 2019; Hirano et al. 2021; Diniz, Melo, & Vilar, 2021) têm referido fragilidades na formação dos profissionais sobre a saúde do bebê, que na prática, convertem-se em demandas ampliadas em seu cotidiano. Portanto, para esses aspectos, experiências pessoais e de trabalho têm um peso maior em suas formações do que a trajetória acadêmica.

Por outro lado, como demonstrado na análise das entrevistas, mesmo assim, diversas vezes os profissionais sentem-se desamparados para realizar parte de seu trabalho de rotina com os bebês, que vão aprendendo a exercer no seu cotidiano. Desta forma, o cuidado à saúde dos bebês torna-se campo de domínio de um único saber: a Pediatria. O que, conseqüentemente reafirma o saber médico como aquele responsável pelo cuidado dos bebês. Reflexo disso é a dificuldade de alguns profissionais da Enfermagem em reconhecer seu trabalho como parte das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Para Campos (2014c), a falta técnica de um profissional de uma equipe de saúde produz a suposição de que alguém naquela equipe saiba, delegando-se a este outro o saber e poder sobre as intervenções. No caso das consultas de acompanhamento, trata-se do pediatra.

O saber médico hegemônico também está no campo das ideologias, uma vez que produz uma compreensão específica a partir de uma hierarquização de saberes entre profissionais da saúde. No caso da atenção à saúde do bebê em Montenegro/RS, observa-se a expressão dessa

hierarquia na centralização na Pediatria, enquanto profissão, campo do saber e lugar. Primeiramente, cabe destacar que a figura do pediatra está instituída e nomeada em Montenegro como o profissional responsável pela realização das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Apesar de diferentes políticas sugerirem (Brasil, 2017a; Brasil, 2018) e diversos artigos evidenciarem (Pereira et al., 2015; Carvalho & Sarinho, 2016; Moreira & Gaiva, 2016; Moreira & Gaiva, 2017; Brito et al., 2018; Dantas et al., 2018; Lucena et al., 2018; Nascimento et al., 2018; Vieira et al., 2018; Souza et al., 2019; Araújo et al., 2021; Correa et al., 2021; Diniz, Melo, & Vilar, 2021; Hirano et al., 2021) que as consultas também podem ser realizadas por outros profissionais da Medicina (especialista em Saúde da Família e Comunidade) ou enfermeiros, trata-se de uma escolha do município. Se, por um lado, essa organização centraliza o saber na Pediatria, por outro, evita que profissionais que não tiveram uma formação específica para trabalhar com bebês deparem-se com a angústia de não saber.

Em sua pesquisa de mestrado, Pfeilsticker (2019) aplicou questionários sobre dificuldades para atuar na saúde da criança a 42 profissionais de medicina do município de Patos de Minas/MG. Dos participantes, 11 tinham especialidade em Medicina de Família e Comunidade, dois eram residentes e nenhum foi descrito como pediatra. A maior dificuldade reconhecida pelos profissionais (42%) referia-se ao que foi denominado como “habilidades médicas” necessárias para a realização da puericultura. O autor ainda destaca a importância de se pensar no papel da formação de graduação em medicina e educação permanente, uma vez que estas são apontadas pelos profissionais como insuficientes. De fato, a falta de conhecimento técnico e insegurança amplifica a demanda e produz angústia nos profissionais de saúde (Campos, 2014c), o que torna compreensível a escolha do município em manter o pediatra enquanto profissional de referência para as consultas de acompanhamento.

Como mencionado, alguns profissionais da Enfermagem não reconhecem seu trabalho como parte das consultas. No entanto, paradoxalmente, seu envolvimento com as consultas está explícito na fala dos profissionais, ao descrevem seu trabalho com os bebês. O chamado “protocolo de puericultura” (Carla, enfermeira⁶), ainda não implementado, referido por uma das enfermeiras como aquilo que sustentaria seu trabalho na consulta, reafirma a lógica centrada no saber médico hegemônico, ao aproximar o seu trabalho ao de intervenções médicas, possibilitando ao enfermeiro avaliar o bebê e prescrever medicamentos. A partir da proposta de análise que está sendo feita na presente tese, podemos pensar esse processo de não-apropriação da Enfermagem em relação às consultas de acompanhamento como efeitos da centralização no saber da Pediatria.

Assim como toda rede de saúde, a Atenção Básica de Montenegro/RS é territorializada e foi organizada, na implementação do SUS, a partir de serviços e dispositivos já existentes no município (Heinmann & Mendonça, 2005). Dentre esses serviços, estava a chamada Unidade Pediatria, que se mantém como uma das particularidades do município. Essa unidade, que conta com diversas especialidades, em que são realizadas todas as primeiras consultas do bebê, bem como alguns procedimentos da triagem neonatal inexistentes em outras unidades de saúde, representa espacialmente a centralidade do cuidado à saúde do bebê na Pediatria, enquanto lugar.

Durante o período de coleta de dados, o município estava em processo de descentralização, o que produzia algumas dificuldades referidas pelos profissionais. Alguns entrevistados destacaram o desafio da incompreensão dos cuidadores sobre essa descentralização. Por outro lado, fica evidente que se trata de um desafio para toda a rede, que se vê impelida a se reinventar. Pois descentralizar a Pediatria, em todas as suas dimensões,

⁶ Todos os nomes são fictícios e foram escolhidos por sorteio a partir da lista de nomes brasileiros mais comuns, segundo o último senso do IBGE disponível (IBGE, 2010)

demanda que as Unidades de Saúde, que não contavam com pediatras todos os dias, se responsabilizassem pelo acompanhamento cotidiano dos bebês, esforço este identificado e reconhecido em todas as Unidades de Saúde contempladas pela presente pesquisa.

Em Montenegro/RS, foi possível identificar sobretudo dois grandes desafios relacionados à estrutura da rede, serviços e condições de trabalho, que na prática, se entrelaçam, e estão para além da centralização na Pediatria: a falta de profissionais e a sobrecarga de trabalho. Aqui cabe retomar a frase da pediatra Sandra, que expressa, através do chiste, a incongruência entre o tamanho de sua tarefa e o tempo disponível para realizá-la, sob a palavra “consultinha”: “Imagina numa consultinha rápida! [risos] E ainda dá tempo [risos]”. No entanto, este é um quadro que não é incomum na realidade brasileira. A literatura que descreve o trabalho de consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento tem apontado diversos desafios para a atuação dos profissionais de saúde, tais como: estrutura dos serviços, falta de equipamentos, de profissionais, horário de funcionamento, e ausência de um ambiente acolhedor (Brito et al., 2018; Carvalho & Sarinho, 2016; Dantas et al., 2018; Moreira & Gaiva, 2017; Vieira et al., 2019; Araújo et al., 2021; Monteiro et al., 2020). Mais especificamente em relação ao profissional de Enfermagem, o acúmulo de funções administrativas e a desvalorização de seu trabalho também são elementos que vêm sendo descritos como obstáculos (Brito et al., 2018; Carvalho & Sarinho, 2016; Lucena et al., 2018; Pereira et al., 2015; Vieira et al., 2019, Hirano et al. 2021). Portanto, ainda que estes desafios tenham efeitos territorializados, tal como evidenciado na fala dos profissionais, trata-se de um desafio institucional para o SUS, enquanto sistema de saúde, com responsabilidade compartilhada entre município, estado e país (Brasil, 1990a).

Quando falamos de estrutura da rede e falta de profissionais, não há como não remetermos ao problema de subfinanciamento do SUS. De fato, em toda sua história, o nosso sistema de saúde vem enfrentando esse problema que impacta diretamente nos seus serviços

(Mendes, 2013). Mais especificamente em Montenegro, podemos citar como efeito o recente acontecimento com o hospital do município. o Hospital Montenegro que, atualmente, não é mais 100% SUS. O hospital tem buscado operadoras de saúde para efetuar parcerias, uma vez que os financiamentos estadual e federal não estavam sendo suficientes para suprir toda a demanda que o hospital tinha. Estima-se que, em breve, o hospital possa reduzir a 60% os atendimentos via sistema público (Almeida, 2023)⁷, o que é uma perda para a região. No entanto, em termos de Atenção Básica, observa-se sua expansão no município, que nos últimos anos inaugurou ao menos duas novas unidades de saúde (Montenegro, 2017; Montenegro, 2022). E apesar disso observa-se, a partir das falas dos profissionais, que mesmo assim ainda não é possível cobrir toda a demanda sem o sentimento de sobrecarga de trabalho.

Esse contexto também ajuda a compreender o trabalho “mecânico” descrito por alguns profissionais, que se surpreenderam ao se depararem com suas próprias palavras. No contexto dessas falas, os profissionais discorriam sobre a dificuldade de oportunizar espaços de escuta aos cuidadores, bem como de operar furos no saber totalizante das orientações. Diante da indisponibilidade de tempo para a escuta, as orientações surgem enquanto intervenções produzidas em escala industrial que invisibiliza essas faltas. Se, por um lado, foi a saída encontrada pelo profissional, por outro, também colabora para a sensação de impotência também relatada.

Kaes (1991) propõe que vida psíquica e instituição estão intimamente interligadas, uma vez que produz matrizes identificadoras necessárias para construir a realidade psíquica e manter nossa coesão social. Dessa forma, o sujeito produz identificações tanto com desejos como com sintomas da instituição. Observa-se, no fazer “mecânico”, expresso no discurso educativo, uma forma de aderência necessária dos profissionais ao sintoma institucional. Em

⁷ Matéria publicada no site do Jornal Ibiá no dia 11 de abril de 2023

muitos momentos, era isso que podia ser feito, sem desvelar algumas fragilidades institucionais. E, com isso, mais desamparo.

Além das demandas da própria instituição, os profissionais de saúde se deparam com demandas do território, que abrangem relações complexas com os cuidadores e suas culturas e diferentes formas de cuidado. Na fala dos profissionais, fica evidente que um dos maiores desafios se refere a essa relação profissional-cuidador, que é descrita como elemento balizador das consultas, uma vez que pode produzir tanto a aproximação dos cuidadores quanto o afastamento da Unidade de Saúde.

Alguns estudos sobre as práticas dos profissionais de saúde nas consultas de acompanhamento da Atenção Básica têm descrito a relevância dessa relação. Uma relação de confiança, descrita por vezes sob a alcunha de “vínculo” entre profissionais e cuidadores, tem sido considerado elemento necessário para que o bebê seja efetivamente acompanhado (Reichert et al., 2017), diminuindo faltas nas consultas (Arpini et al., 2015) e aumentando sua presença para além de situações que envolvam problemas de saúde (Brito et al., 2018; Rodrigues et al., 2019; Vieira et al., 2019). Para alguns autores, trata-se de uma relação que pode ser favorecida através do acompanhamento desde o pré-natal (Brito et al., 2018; Carvalho; Sarinho, 2016; Dantas et al., 2018; Reichert et al., 2017; Rodrigues et al., 2019).

Também é possível escutar a partir das entrevistas a valorização da relação com o cuidador como elemento imprescindível para a realização das consultas do bebê, fortalecida pelo acompanhamento pré-natal. No entanto, propõe-se um aprofundamento na compreensão dessa dinâmica, que por vezes parece ser simplificada com palavras pouco definidas, tal como “vínculo”. Formar vínculos é uma tarefa complexa, pois implica em estabelecer conexões, em suas diferentes formas. Não se trata de algo que está no campo do conhecimento informacional dos profissionais ou dos cuidadores, como alguns estudos parecem sugerir (Brito et al., 2018;

Rodrigues et al., 2019). Implica em considerar aspectos subjetivos, que estão para além da técnica. E justamente por isso, trata-se de um elemento desafiador.

O encontro entre os profissionais de saúde e os cuidadores dos bebês é mediado pelo território. Apesar de alguns profissionais entenderem o bebê como um ser desterritorializado, não há relação que aconteça fora desse espaço (Santos, 1998). E é nesse território, que inclui todos seus atravessamentos, que é possível estabelecer relações de confiabilidade com os cuidadores. Confiabilidade esta que foi descrita pelos profissionais de Montenegro/RS como elemento essencial, formado de ao menos duas condições.

A primeira delas diz respeito à possibilidade de um mesmo profissional poder estabelecer, com consistência, uma rotina de acompanhamento, o que oportuniza a construção de uma relação em que o cuidador reconheça nesse profissional alguém disposto a cuidar da saúde desse bebê. A segunda, refere-se a algumas características dos profissionais e suas formas de se comunicar com os cuidadores, que envolvem empatia, carisma, disponibilidade, horizontalidade, acolhimento, não culpabilização e corresponsabilização pelo cuidado à saúde do bebê. Importante notar que algumas dessas características são semelhantes àquelas salientadas por Caon e Lopes (2014), que o cuidador exerce em relação ao seu bebê, e que permite o enlace necessário para o desenvolvimento e manutenção da vida: disponibilidade, ser real, empático, devotado, monótono, constante, previsível e preocupado. De forma sintética, podemos dizer que se tratam de elementos essenciais para a construção de uma relação confiável, sobretudo ao tratar-se de contextos que envolvem o primitivo da vida humana.

No entanto, algumas características desses cuidadores e do território são desafiadores para esses profissionais, o que dificulta colocarem-se nessa posição de disponibilidade. Primeiramente, cabe destacar o entendimento dos profissionais de que é necessário que os cuidadores “compreendam” o papel dos profissionais, das consultas e o modo de cuidar proposto pela Unidade de Saúde. A racionalização do cuidado também é uma forma de defesa

frente à impossibilidade de suportar a diferença. Pois grande parte do que um cuidador faz com o seu bebê não é possível ser transmitido por processos unicamente racionais e não passam por palavras (Winnicott, 1987/2006b). Ou, ainda que sejam, podem até mesmo interferir no que já se está estabelecendo. Nesse aspecto, Winnicott (1951/1999) nos ajuda a pensar que, de fato, o que um bebê precisa não depende de um conhecimento intelectual, mas da disponibilidade de um cuidador em identificar-se com suas necessidades.

Quando saímos do campo das recomendações e adentramos o campo da intimidade, reconhece-se na fala dos profissionais a valorização de saberes geracionais em relação ao cuidado do bebê e à participação de outros membros da família que se responsabilizam por esse cuidado, sobretudo as avós e sogras. Ainda que esteja presente uma disputa entre diferentes saberes, entre a Unidade de Saúde e o território, observa-se que os profissionais são receptivos quanto às práticas culturais que não interferem na saúde do bebê.

Por outro lado, o contato com a diferença torna-se mais desafiador quando se trata de famílias cuja cultura não tem identificação na cultura hegemônica, tal como indígenas e migrantes. Primeiramente, por causa do idioma, que limita a possibilidade de comunicação com a família. Pois, sem as palavras do cuidador, os profissionais lidam com poucos recursos para se comunicar. Somam-se a isso as diferenças culturais, que deslocam o profissional de cuidar apenas daqueles com os quais compartilham identificações. Dificuldades de comunicação e desafios atribuídos a diferenças culturais entre profissionais de saúde de UBS e usuários indígenas (Rissardo & Carreira, 2014; Borghi, Alvarez, Marcon, & Carrera, 2015; Araújo et al., 2022; Vital, et al., 2023) e migrantes (Zanatta, Siega, Hanzen & Carvalho, 2020; Vieira, Fonseca, Rodrigues, Carrijo, & Deusdara, 2021) também é uma realidade descrita em outros estudos.

O estudo de Vital et al. (2023), que analisou entrevistas com sete profissionais da Enfermagem que atuam junto à população indígena em Manaus/AM, sugere que usuários

indígenas são tratados sem singularidade e nem sempre são atendidos por profissionais com formação adequada. E, em contrapartida, enfrentam resistências por parte da população indígena em aceitar o que denominam como “medicina ocidental” nas ações em saúde. Dessa forma, os profissionais encaram a cultura, crenças e concepções de saúde da população indígena como uma barreira a ser manejada.

O relato etnográfico de Rissardo e Carreira (2022) também ajuda a compreender como essa dinâmica entre usuários do SUS indígenas e profissionais de saúde da Atenção Básica acontece em outros territórios. A análise dos autores sugere que, além do idioma, o relacionamento entre profissionais e usuários é mediado pelas diferenças de costumes, modos de vida, e valores, que são distintos dos profissionais. O que na prática, implica em desafios para realizar um cuidado à saúde adaptado à cultura. Não foram encontrados estudos sobre consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de bebês e cuidadores indígenas.

Em relação ao cuidado à saúde de cuidadores e bebês migrantes, a pesquisa de Zanatta, Siega, Hanzen e Carvalho (2020), sobre as dificuldades vivenciadas por enfermeiros na realização da consulta de puericultura em uma cidade do oeste de Santa Catarina, nos dá pistas de outras realidades brasileiras. Esse estudo, realizado através da análise de entrevistas com 10 enfermeiras, sugere que além do idioma, a incompreensão e o desconhecimento da cultura haitiana por parte dos profissionais são entraves para a realização das consultas acolhedoras e elucidativas. Por outro lado, afirmam a importância das visitas domiciliares e da participação de migrantes nas unidades de saúde, enquanto Agentes Comunitários de Saúde, o que poderia oportunizar melhor compreensão de características socioculturais dessa população.

Estudos com outros territórios e populações indígenas e migrantes ajudam a compreender repetições dos limites do sistema de saúde, em especial da Atenção Básica, para com populações cuja identificação cultural é diferente da cultura hegemônica. No entanto, em

nosso caso, cabe territorializar algumas questões. Primeiramente, é interessante notar que, na fala de alguns profissionais, indígenas e migrantes parecem fazer parte de um mesmo conglomerado de diferenças. Na verdade, trata-se de um grupo originário do Brasil e outro grupo que tem a característica de ser migrante, tal como Portugueses e Alemães, cujas culturas são tão valorizadas no município. Não se trata de individualizar essa compreensão para a fala de profissionais de saúde, mas considerar o lugar, subjetivo e territorial, a partir do qual essas falas são ditas.

O processo de colonização expropriou a identidade indígena do território. Se levássemos em conta os primeiros habitantes dessa terra, todos que não fossem indígenas seriam migrantes. Especialmente em Montenegro/RS, alguns vestígios desse passado são deixados em palavra que circulam comumente pela cidade, tais como Ibiá, modificado para Ibiá, que já deu nome à cidade, e Caí, que dá nome ao rio e à região. Por outro lado, atualmente a presença dos indígenas é vista como problemática pela população. Resultado disso foi a expulsão de um grupo indígena do município em 2021, justificada por “choque cultural”. Atualmente, mais de um ano após essa decisão, o local em que se encontravam está abandonado e sem cumprir qualquer função social na cidade. Portanto, quando escutamos a fala dos profissionais de saúde, não podemos individualizar os desafios, mas considera-los enquanto expressão de um território do qual os profissionais fazem parte, atravessado por uma relação colonial,

Observa-se que essa aldeia indígena é etnificada a partir dessa relação colonial, o que implica em um lugar menor para os indígenas, em relação aos europeus, representantes do humano universal (Ribeiro, 2022). Para Krenak (Milanez, Sá, Krenak, Cruz, Ramos & Jesus, 2019)⁸, a violência racial contra povos indígenas é reforçada pela estratégia do Estado

⁸ O artigo conta com depoimentos de participantes do projeto de pesquisa “Racismo e Anti-racismo no Brasil: o caso dos povos indígenas”

brasileiro em manter os povos indígenas segregados, ao invés de em lugares de inclusão na vida brasileira. De fato, observa-se que no caso de Montenegro/RS, esse era o desfecho esperado pela população e representantes do Estado para a aldeia indígena. Para Ribeiro (2022), em cidades menos populosas, em que a presença de indígenas fica evidente, a lógica colonizadora produz uma tentativa de disjunção entre os indígenas e o espaço urbano, a partir de uma série de episódios de racismo (Ribeiro, 2022), evidenciado nos posicionamentos dos representantes do Estado.

A concepção de que os indígenas membros da aldeia poderiam se “civilizar”, além de denunciar o racismo de uma visão antropológica evolucionista, em que o “indígena” é tido como uma condição rudimentar e passageira (Rocha, 1993), também evidencia a invisibilidade de sua existência enquanto indígena, como destacada por Kum Tum Akroá Gamela (Milanez et al., 2019). De fato, escuta-se na fala dos profissionais uma incompatibilidade entre o imaginário do que seria um indígena e o grupo de indígenas com quem tiveram contato, denominados pelas palavras “acampamento” ou “assentamento”.

Interessante notar que o estranhamento em relação aos cuidados do bebê indígena não é recente ou advindo da criação de um sistema de saúde universal. Mas foi descrito desde Pero Vaz de Caminha ao chegar no Brasil, ao deparar-se com uma mãe e bebê indígena, “Atado com um pano aos peitos, de modo que apenas as perninhas lhe apareciam” (*Caminha, 1500*). Na obra de Rocha (1947) são descritos diversos relatos de expedições ao Brasil que contam com o estranhamento dos europeus em relação, sobretudo, às formas de cuidado e a liberdade de bebês e crianças.

Atualmente, o mesmo também ocorre com migrantes oriundos de novos processos migratórios, como aparece na fala dos profissionais. Ainda que estes demonstrem-se receptivos a formas de cuidado que, em seu entendimento, não prejudiquem a saúde do bebê, importante retomar a fala de uma profissional. Camila (téc. Enf.) põe em questionamento a forma como

os migrantes são recebidos no Brasil: “A cor diferente, muito diferente as pessoas muitas vezes têm medo. (...) Tem uma mentalidade assim, mais alemã”. Mais especificamente em Montenegro/RS, apesar de diversos avanços, ainda predomina o que chamou de “mentalidade alemã”, que toma o estrangeiro, o diferente, enquanto ameaçador, a depender de algumas características, tal como a cor da pele. Ou seja, trata-se de uma “mentalidade” racista.

Segundo Almeida (2019), o racismo é uma ideologia constituinte da estrutura social, reproduzida por instituições e indivíduos. Isso não significa excluir a responsabilidade individual, mas de atentar-se para a característica estrutural e subjetivante do racismo. No exemplo dos migrantes de “cor diferente”, como relatado por Camila (téc enf.), trata-se de xenofobia racializada (Faustino & Oliveira, 2021), em que a cor, dentre outros marcadores sociais, são critérios estabelecidos em acordos tácitos sobre a forma como esses migrantes são recebidos.

A dissertação de Gil (2021), desenvolvida dentro do mesmo projeto de pesquisa (SUSBEBÊ/NUDIF, 2019), teve como objetivo investigar as experiências de profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos a bebês de 0 a 2 anos na Atenção Básica de Caxias do Sul/RS. Alguns de seus achados conversam com alguns aspectos discutidos na presente tese, sobretudo aqueles relacionados ao eixo “Relação com os cuidadores” e retomados na presente discussão. Gil (2021) observou que os profissionais realizam uma diferenciação entre os cuidadores idealizados, mães italianas (*la mamma*), que representam valores dos ideais sociais e culturais da cidade, e cuidadores pertencentes a outras culturas. Trata-se de uma diferenciação marcada sobretudo por diferenças étnicas, socioeconômicas, de cor da pele e de formas de práticas de cuidado com o bebê.

Na presente tese também se observou maior valorização de práticas de cuidado entendidas como pertencentes da cultura hegemônicas. Por outro lado, diferentemente dos profissionais de Caxias do Sul/RS (Gil, 2021), os profissionais de Montenegro demonstraram-

se mais dispostos ao encontro com a diferença, a partir de falas que sugerem mudanças na percepção dos profissionais a partir de suas experiências de trabalho, bem como possibilidades de coexistência entre práticas de cuidado tradicionais e aquelas orientadas pela Unidade de Saúde.

Ainda, assim como a pesquisa da presente tese, Gil (2021) também identificou uma disputa entre saberes tradicionais, sobretudo dos avós, e práticas de saúde fomentadas pelas Unidades de Saúde. No entanto, diferentemente dos resultados encontrados por Gil (2021), em que se identificou a deslegitimação da presença dos avós nos atendimentos, falas de profissionais de Montenegro/RS sugerem a necessidade de aproximar essas avós, uma vez que essas podem ser tão importantes quanto as mães.

Os profissionais de saúde fazem parte e ao mesmo tempo constituem o território, que é colonizado. O desafio no encontro com a diferença não está na existência da diversidade de usuários, cuidadores e culturas, mas em estabelecer relações que ultrapassem ideologias coloniais excludentes. Nesse sentido, cabe retomarmos uma característica referida pelos profissionais como necessária para o estabelecimento de uma relação de confiabilidade, elemento reconhecido como essencial para realização das consultas de acompanhamento. Trata-se da empatia: “Eu acho que principalmente empatia. De tentar passar, conversar de igual pra igual assim, pra pessoa não se sentir inferior ao profissional” (Julia, enfermeira). Falar de igual para igual não é falar de um igual para outro igual. Ou seja, é necessário o reconhecimento dos lugares e posições ocupadas pelos profissionais de saúde e usuários para considerar as singularidades, ao invés de negá-las ou ignorá-las. Somente assim é possível constituir um sistema que efetivamente considere os três grandes princípios do SUS: Universalidade, ou seja, de acesso de todos, de modo que todos sintam-se incluídos pelo sistema de saúde em suas particularidades e amparados em seus diferentes modos de existir; Equidade, em que se prime por aqueles que mais necessitem, respeitando-se as diferentes demandas; e Integralidade, em

todas as suas variações. Os desafios referentes a este último e mais polissêmico princípio serão discutidos a seguir.

No entanto, antes disso, cabe realizarmos uma breve observação sobre o que são os princípios do SUS. Podemos dizer que se tratam de horizontes e, portanto, pertencentes ao campo da utopia, algo nunca plenamente alcançável. Em conversa com o cineasta Fernando Birri, Eduardo Galeano, escritor uruguaio, perguntou-se para que servem as utopias. Suas palavras nos dão algumas pistas de uma resposta: “Para eso sirve: para caminar” (Galeano, 2001, p.230). Os princípios do SUS servem de bússola para a criação, implementação e atuação de políticas públicas em saúde, que, por sua vez, sempre acontecem dentro de um território, composto de profissionais, usuários, gestores, relações e marcas da cultura.

Foi possível escutar na fala dos profissionais sobre o princípio da integralidade em ao menos duas de suas definições. A primeira delas, diz respeito à atenção integral e integração do trabalho entre diferentes profissionais e serviços. O encaminhamento e o compartilhamento do trabalho com diferentes profissionais foram destacados pelos entrevistados como aspectos importantes para atender a diferentes demandas em saúde. Já a segunda definição identificada, refere-se à importância de considerar a saúde do bebê e de seu cuidador em suas diferentes dimensões. No entanto, a respeito dessa segunda definição, alguns profissionais referiram não conseguir atentar-se para ela, tanto por condições de formação, quanto pelas condições de trabalho. De modo que, uma das entrevistadas chega a mencionar que seu trabalho é voltado exclusivamente para o corpo do bebê.

Um dos propósitos do princípio da integralidade é a busca por uma visão holística de saúde, que considere os seus diversos aspectos, esforços estes que estão sendo feitos desde as muitas recomposições do conceito de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978; 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). No entanto, observam-se ainda antigas cisões mente-corpo, tendo em vista a tarefa impossível voltada para a saúde integral. Essa impossibilidade já foi apontada

por Freud (1937/2018), em sua descrição das profissões impossíveis: analisar, educar e governar. Impossíveis, pois tratam-se de tarefas nunca finalizadas, que depende de um ser humano incompleto, com falhas, para realizá-las.

Analisando não somente a fala dos profissionais, mas do entrevistador, escuta-se que essa cisão estava presente desde a pergunta feita na entrevista, que normalmente iniciava com “que aspectos da saúde é possível contemplar no cuidado à saúde do bebê?”. Nomear alguns aspectos, “partes”, é excluir outros. Tirar a saúde do campo do real, do irrepresentável, e colocá-la em palavras, é fazer recortes necessários para poder falar sobre o trabalho. No entanto, isso fez questão para uma das entrevistadas (Gabriela, enfermeira), quando perguntada sobre a possibilidade de cuidado à saúde psíquica do bebê. Explicou que “as coisas são integralizadas no bebê” e que “é muito difícil separar essas coisas”.

De fato, quando se trata da saúde do bebê, faz ainda menos sentido fragmentar o cuidado à saúde (Winnicott, 1931/2000; Winnicott, 1949/2000). No entanto, são limites necessários que esbarram nas diferentes formações técnicas, especialidades, e responsabilizações sobre o trabalho. É aí, onde escapa a cada um dos profissionais, que se fundamenta a importância de uma rede de cuidados. Pois, em formato e estrutura de uma rede, apesar de formarem-se espaços vazios, sustenta-se e ampara-se um corpo inteiro.

No entanto, escutou-se dos profissionais o quão desafiador é contemplar a saúde integral, considerando tantos desafios envolvidos. A rotina de trabalho, e tudo aquilo que envolve o trabalho mecânico, dificultam o olhar que vá para além do protocolo. A saúde psíquica do bebê é mencionada como algo possível de ser considerada, mas com poucas pistas de como fazê-lo. A literatura sobre esse tema nas consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento também é escassa no Brasil (Arpini et al., 2015; Sampaio & Camarotti, 2016). Por outro lado, escuta-se da fala dos profissionais que parece ser mais possível

considerar a saúde psíquica dos cuidadores, o que por si só, já poderia em muito beneficiar o bebê (Winnicott, 1949/2000; Winnicott, 1951/2005; Winnicott, 1987/2006a).

Interessante notar o quanto os profissionais valorizam a escuta desses cuidadores e os possíveis efeitos do acolhimento. Apesar de ela, por vezes, ser confundida com orientação ou recomendação, é clara a importância atribuída pelos profissionais, que por vezes denominam seu trabalho enquanto “psicológico”. Tratam-se de demandas de escuta que surgem espontaneamente durante as consultas, que são atendidas pelos profissionais a partir de sua disponibilidade de acolher, sem que isso exima também os profissionais de encaminharem para algum profissional de saúde mental, caso identifiquem necessidade.

O campo das palavras é o campo do adulto. E talvez seja mais fácil ficar disponível para a escuta de um outro adulto, que se expressa através delas. Já o bebê está no campo do inominável, do primitivo humano, que demanda cuidados e sustentação de sua existência. O impacto de conectar-se e responsabilizar-se pelo cuidado à saúde do bebê é expresso em palavras como peso, carga e fardo, pois demandam desses profissionais uma outra forma de comunicação, não verbal, e conexão com suas próprias experiências. A subjetividade do profissional é evidente na relação com os bebês, em que fantasias, tais como a necessidade de salvar o bebê ou levá-lo para casa, afloram e fazem parte das expectativas e práticas dos profissionais.

Reconhecer que os profissionais muitas vezes precisam recorrer às suas próprias experiências, seja por lacunas na formação e falta da técnica, ou pela conexão e demanda específica de atender um bebê, nos ajuda a entender que a relação entre profissional de saúde e bebês e cuidadores é uma relação “de berço para berço”. Ou seja, o trabalho realizado pelos profissionais é mediado pelas suas próprias experiências e concepções de cuidado, que são atravessados por uma cultura e acontecem dentro de um território. Um exemplo disso é a fala de alguns profissionais que explicam sua formação para trabalhar com outras culturas enquanto

uma formação “de berço”. Ou seja, de sua própria experiência pessoal. E isso é reconhecer que o profissional é sujeito, ou seja, também está assujeitado a uma cultura. Pois, como diz Rodrigo (pediatra): “Tu é humano”.

E por ser outro humano, muitas vezes compartilha das mesmas angústias. Durante a realização dessa pesquisa, todos os que estavam direta ou indiretamente envolvidos, pesquisador, profissionais, bebês, cuidadores, atravessavam um momento trágico, que foi a pandemia de COVID-19. Ainda que surpreendentemente o maior desafio presente nas falas dos profissionais tenha sido a ausência dos bebês nas unidades de saúde, observa-se que para alguns profissionais a sensação de insuficiência também produziu sofrimento. No entanto, podemos pensar que esses impactos só não foram agravados pois existia uma rede de saúde, o SUS, que foi capaz de atender ao país todo através de estratégias de assistência hospitalar e vacinação, apesar da política de morte do governo federal que administrou as políticas de saúde durante a pandemia. E isso reitera a importância desses profissionais e da estrutura do SUS, que sobreviveu, apesar de tudo.

Por fim, cabe destacar que os desafios para a realização do trabalho dos profissionais que realizam as consultas de acompanhamento discutidos na presente tese são de diferentes ordens e localizadas em diferentes dimensões: Subfinanciamento do SUS, implementação de políticas, ferramentas conceituais, gestão, formação para o trabalho com os bebês, diálogo com os cuidadores, recursos subjetivos dos profissionais, entre outros. No entanto, toda prática de cuidado à saúde do bebê, toda consulta, acontece no território. E assim como não existe nada fora de um território (Santos, 1998), não existe nada fora da relação com os bebês e seus cuidadores. Sabendo disso, conscientemente ou não, os profissionais buscam sustentar relações que oportunizem a realização das consultas, apesar de todos os desafios envolvidos.

Considerações finais: os efeitos de uma escuta

Partes das considerações finais foram omitidas a fim de preservar o sigilo das participantes. Será publicado em formato de artigo.

Enquanto última considerações, espera-se que a presente tese possa contribuir para o reconhecimento da grandeza do trabalho dos profissionais do SUS que cuidam da saúde de bebês e cuidadores, através de consultas sistemáticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Evidenciar os desafios e o complexo campo em que eles estão postos nos ajudam a considerar os complicados atravessamentos entre relações, território, cultura, ideologias e saberes. Aspectos esses que precisam ser considerados nas formações, acadêmicas e continuadas, desses profissionais, para que possam, em alguma medida, minimizar algumas angústias, e ampliar sua disponibilidade de escuta para os bebês e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

- 8ª Conferência Nacional de Saúde. (1986). *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*.
- Albuquerque, M. I. N., Carvalho, E. M. F., & Lima, L. P. (2002). Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(1), 7-14
- Almeida, C. (2023, 11 de abril). HM Regional muda marca e amplia número de municípios atendidos [Matéria do Jornal Ibiá]. *Jornal Ibiá*. Recuperado de <https://jornalibia.com.br/destaque/hm-regional-muda-marca-e-amplia-numero-de-municipios-atendidos/>
- Almeida, S. (2019). *Racismo Estrutural*. São Paulo: Editora Jandaíra.
- Andrade, L. F. B.; Rodrigues, Q. P.; Silva, R. C. V. (2017). Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(1), n.p.
- Araújo, P. M. J., Assunção, R. C., Pimenta, R. A. F., & Zani, A. V. (2021). Maternal experience in child monitoring in Primary Care: A qualitative approach. *Online Braz J Nurs*, (20)1.

- Araújo, D. C., et al. (2018). Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. *Revista Ciência Plural*, 4(2), 87-101
- Araújo, C. S. S., Junior, O. C. R., da Silva, L. S., Cunha, A. P., da Silva Lima, F., Uchoa, Y. L. A., ... & Albarado, K. V. P. (2022). Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia ao paciente indígena: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 11(6), e1711628631-e1711628631.
- Araújo, J. P., Silva, R. M. M., Collet, N., Neves, E. T., Tos, B. R. G. de O., & Viera, C. S. (2014). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*, 67(6), 1000-1007.
- Arpini, E. M. (1986). Retrospectiva histórica - 1866. In M. E. M. Kautmann (Org.), *Montenegro de ontem e de hoje* (Vol. 3, pp. 33-62). São Leopoldo: Rotermond S.A.
- Arpini, D. M., et al. (2015). Intervenções precoces na infância: observando a relação mãe-bebê em um serviço de saúde. *Psicologia em Revista*, 21(1), 37-50.
- Atem, É., & Rocha, N. M. F. D. (Ano). Adultocentrismo e Infância: Noções básicas para a compreensão dos processos de exclusão de crianças. In E. Cerqueira-Santos & L. Maia (Eds.), *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil* (pp. 62-89). Teresina: EDUFPI.

Ballexerd, J. (1762). *Dissertation sur l'éducation physique des enfans, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de puberte: ouvrage qui a remporté le prix le 21 mai 1762, à la Société Hollandoise des Sciences*. Paris, France: chez la Veuve Vallat-la-Chapelle, libraire.

Bailey, K. D. (2002). *Methods of social research*. New York: The Free Press.

Baptista, G. (2021, de de setembro). Montenegro deve receber mais de 350 venezuelanos. *Jornal Fato Novo*.

Baptista, G. (2021, 13 de outubro). Após deixar Montenegro, índios querem plantar no antigo CTML da Capela. *Jornal Fato Novo*.

Becker, K. (1979). Os primeiros alemães no município de Montenegro. In M. E. M. Kautmann (Org.), *Montenegro de ontem e de hoje* (Vol. 1, pp. 159-167). São Leopoldo: Rotermond S.A.

Bonilha, L. R. C. M., & Rivorêdo, C. R. S. F.. (2005). Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 7-13.

Borghi, A. C., Alvarez, A. M., Marcon, S. S., & Carreira, L. (2015). Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0589-0595.

Brasil. Ministério da Saúde. (S.D.). *Cartão da Criança*. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (S.D.). *Cartão da Criança*. 1º atualização. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (S.D.). *Cartão da Criança*. 2º atualização. Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (1972). *Lei nº 5.829, de 30 de novembro de 1972. Cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e dá outras providências.*

Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

Brasil (1990a). *Lei nº 8.800, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

Brasil (1990b). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002a). *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002b). *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos - Um guia para o profissional de saúde da atenção básica*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Glossário do Ministério da saúde: Projeto de Terminologia em Saúde*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004c). *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). *Caderneta da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005b). *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006a). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Série Pactos pela saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *Caderneta da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2008a). *Folder da Semana Mundial de Amamentação*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). *Caderneta da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009a). *Portaria nº 2.395 de 07 de outubro de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009b). *Guia prático do agente comunitário de saúde* (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009c). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010a). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010b). *Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010c). *Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos - Um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010d). *Oficina de qualificação do NASF* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010b). *Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil (2011a). *Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Série I: História da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2011b). *Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos*. (Álbum seriado). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Série E. Legislação em Saúde)*. Brasília, DF

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012b). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013a). *Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013b). *Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria no 2.387, de 18 de outubro de 2012* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde

Brasil (2014a). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Ministério da Saúde: Distrito Federal.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014b). *Aleitamento materno para mulheres privadas de liberdade*. Brasília, Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. (2014c). *Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde

Brasil. (2015a). *Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 ago. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2015b). *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2015c). *Cadernos de Atenção Básica 23: Saúde da Criança - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil (2016a). *Folder da Semana Mundial de Amamentação*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2016b). *A estimulação precoce na Atenção Básica: Guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika* [recurso eletrônico]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil (2017a). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017.

Brasil. (2017b). *Folder campanha Amamenta Brasil*.

Brasil (2017c). *Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017*. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 abr. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Nota Técnica nº XX/2017: Orientação acerca da Lei nº 13.438/2017*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde

Brasil (2020). *Consulta realizada no Portal E-Gestor*. Recuperado de:
egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

Brasil. Ministério da Saúde. (2020b). *Caderneta da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Caderneta da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2022a). *Portal E-gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica*. Recuperado de <https://egestorab.saude.gov.br/>

Brasil (2022b). *Consulta de estabelecimentos de saúde de Montenegro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)*. Recuperado de <https://cnes.datasus.gov.br/>

Brito, G. V. de, Albuquerque, I. M. N., Ribeiro, M. A., Ponte, E. C. S., Moreira, R. M. M., & Linhares, M. das G. C. (2018). Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. *Revista de APS*, 21(1), 48-55.

Cadoná, E., & Strey, M. N. (2014). A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. *Revista Estudos Feministas*, 22, 477-499.

Caminha, P. V. (1500). *Carta do Pero Vaz de Caminha*.

Campero, P. K. N., da Silva Macêdo, D., Leite, R. C. B., Oliveira, C. O. P., Ferro, D. A., de Lima Dantas, M. M., ... & Rocha, N. D. S. P. D. (2010). CD-Crescimento e Desenvolvimento: cuidando e promovendo a saúde da criança. *Revista Extensão & Sociedade*, 1(1).

Campos, R. O. (2014a). Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. In.: Campos, R. O. *Psicanálise e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. pp. 17-38.

- Campos, R. O. (2014b). Ideologia e subjetividade: a relação recalçada. In.: Campos, R. O. Psicanálise e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. pp. 39-58.
- Campos, R. O. (2014c). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na Saúde Coletiva. In.: Campos, R. O. Psicanálise e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. pp. 77-98.
- Caon, J. L. (1996). Psicanálise <> Metapsicologia. In A. Slavutzky, C. L. de Souza Brito, & E. L. A. de Sousa (Orgs.), *História, clínica e perspectiva nos cem anos da Psicanálise* (pp. 61-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caon, J. L. (1997). Serendipidade e situação psicanalítica de pesquisa no contexto da apresentação psicanalítica de pacientes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1), 105-123.
- Caron, N. A., Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica psicanalítica*. Porto Alegre, RS, Brasil: Dublinense.
- Carvalho, Gilson. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26.
- Carvalho, E. B. D., & Sarinho, S. W. (2016). A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(6), 4804-4812.

- Cassiano, A. C. M., Carlucci, E. M. S., Gomes, C. F., & Bennemann, R. M. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, 65(2), 227-244.
- Castro, R. C. L. D., Knauth, D. R., Harzheim, E., Hauser, L., & Duncan, B. B. (2012). Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 1772-1784.
- Chalmers, A. F. (1993). *O que é ciência afinal?* São Paulo: Editora Brasiliense.
- Cohen, G. A. (2009). *A teoria da história de Karl Marx: uma defesa* Campinas: Editora da Unicamp.
- Costa, A., & Poli, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional revista de Psicanálise*, 19(188), 14-21.
- Declaração de Alma-Ata. (1978). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde*.
- Dantas, S. L. C., Rodrigues, D. P., Fialho, A. V. M., Barbosa, E. M. G., Pereira, A. M. M., & Mesquita, N. S. (2018). Representações sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. *Cogitare Enfermagem*, 23(3).
- DataSUS. (2021). *Estimativa populacional de Montenegro*. Recuperado de <https://datasus.saude.gov.br/>

- Dias, A. P. (2021). *A invisibilidade não protege : um olhar para os bebês em acolhimento institucional*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Diniz, A. L. T. M., Melo, R. H. V. de, & Vilar, R. L. A. de. (2021). Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*, 7(3), 137–157.
- Dunker, C., & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica & pesquisa. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em Psicanálise* (pp. 19-36). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Elias, P E., Ferreira, C. W., Alves, M. C. G., Cohn, A., Kishima, V., Escrivão Junior, Á., Gomes, A. & Bousquat, A. (2006). Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 633-641.
- Escorel, S., Nascimento, D. R., & Edler, F. C. (2005). As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In Lima, N. S., Gerschman, S., Edler, D. R., & Suárez, J. M. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 59-82). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Faria, R. M., & Bortolozzi A. (2016). Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Raega-O Espaço Geográfico em Análise*, 38, 291-320.

Faustino, D. M., & Oliveira, L. M. (2021). Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 29(63), 193–210.

Fernandes, R. Z. S., & Vilela, M. F. G. (2014). Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4457-4466.

Ferreira, L., Barbosa, J. S. D. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. D. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em debate*, 43, 223-239.

Fim, M. M. dos S. (2022). *O adultocentrismo e as políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil: pistas para um criança com trabalhadoras* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional.

Fonseca, C. (2002). Mãe é uma só? reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP*, 13(2), 49-68.

- Fonseca, C. (2005). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50-59
- Fonseca, C. (2012). Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas "alternativos" de educação para a primeira infância. In C. Fonseca, F. Rohden, & P. S. Machado (Orgs.), *Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Editora Terceiro Nome.
- França. (2018). *Carnet de Santé*. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Freud, S. (1914/2010). Recordar, repetir, elaborar. In Freud, S. *Obras completas vol. 10 (1911-1913)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia das Letras.
- Freud, S. (1914/2012). Contribuição à história do movimento psicanalítico. In Freud, S. *Obras completas vol. 11 (1912-1914)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia das Letras.
- Freud, S. (1937/2018). Análise terminável e interminável. In Freud, S. *Obras completas vol. 19 (1937-1939)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia das Letras.
- Galeano, E. (2001). *Las palabras andantes*. Buenos Aires: Catálogos.
- Gautério, M. (2021, 6 de agosto). Executivo, legislativo e moradores querem mudança da aldeia: indígenas dizem que ficarão. *Jornal Ibiá*.

- GHC (Grupo Hospitalar Conceição) (2009). *Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos* (M. L. M. Lenz & R. Flores, Orgs.). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Gil, P. H. C. (2021). *Experiências de profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos a bebês de 0 a 2 anos na Atenção Básica de Caxias do Sul*. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. D. V. C. Lobato, J. de Carvalho Noronha, & A. I. de Carvalho (Eds.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 493-545). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8).
- Gomes, A. P. S. S., et al. (2019). Conhecimento sobre triagem neonatal: discursos de mães e pais de recém-nascidos. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 8(3), 255-263.
- Gomes, W. (1989). As contribuições e possibilidades dos dados da entrevista na teorização em psicologia. *Anais do II Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico, da ANPPEP em Gramado, 19 a 23 de abril*, pp. 301-306.
- Goode, D. A. (1986). Kids, culture and innocents. *Human studies*, 9:83-106.

- Gottens L. B. D. et al. (2015). Acesso à rede de atenção à gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(1), 95-115.
- Guanaes-Lorenzi, C., & Pinheiro, R. L. (2022). A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2537-2546.
- Grix, J. (2001). *Demystifying Postgraduate research: From MA to PhD*. Birmingham: The University of Birmingham Press.
- Grupo Consciência Negra de Montenegro. (1996). *O negro no Vale do Rio Cai* [Documentário].
- Heimann, L. S., & Mendonça, M. H. (2005). A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 481-502). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Hirano, A., Baggio, M., & Ferrari, R. (2021). Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enfermagem em Foco*, 12(6).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo 2010*. Disponível em:
Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Aspectos dos Cuidados das Crianças de Menos de 4 Anos*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). (2014). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília, DF.
- Inglaterra. (2009). *My Personal Child Health Record*. Londres: National Health Service (NHS).
- Iribarry, I. N.. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, 6(1), 115–138.
- Jenks, C. (2002). Constituindo a criança. *Educação, sociedade e culturas*, 17(1), 185-216.
- Kaës, R. (1991). A realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, & J. P. Vidal (Orgs.), *A instituição e as instituições* (pp. 19-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kautmann, M. E. M. (Organizadora). (1979). *Montenegro de ontem e de hoje (Vol. 1)*. São Leopoldo: Rotermond S.A.

Kautmann, M. E. M. (Organizadora). (1982). *Montenegro de ontem e de hoje (Vol. 2)*. São Leopoldo: Rotermond S.A.

Kautmann, M. E. M. (Organizadora). (1986). *Montenegro de ontem e de hoje (Vol. 3)*. São Leopoldo: Rotermond S.A.

Kupfer, M. C. M., & Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à pólis. *Estilos da Clínica*, 23(1): 62-82.

Lacan, J. (2003/1938). Nota sobre a criança. In.: Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacaz, F. A. C., Trapé, A. Soares, C. B., & Santos, A. P. L. (2013). Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 75-87.

Laitano, N., & Laitano, G. (s.d.). *Primeira diplomação médicos pela Faculdade de Medicina/UFRGS*.

Lima, H. S. C., Felipe, J. S., Silva, J. A. A., Temporão, J. G., Padilha, A. R. S., & Reis, A. A. C. (2019). SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional De Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3713-3716.

- Lucena, D. B. A., et al. (2018). Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0068.
- Macêdo, V.M.C (2016). *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Marques, K., da Silva, L., dos Santos Silva Canario, M., & Pimenta Ferrari, R. (2022). Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta. *Enfermagem em Foco*, 12(16): 1229-1232.
- Mascarenhas, C., Katz, I., Surjus, L. T. L. S., Couto, M. C. V., & Lugon, R. (2017). *Sobre a Lei 13.438, de 26/04/17: riscos e desafios*. Psicanalistas pela democracia. (Carta aberta publicada em blog).
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ global health*, 3(4), doi: 10.1136/bmjgh-2018-000829
- Matta, G. C. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In G. C. Matta & A. L. Moura (Eds.), *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde* (pp. 61-79). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ.
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Boitempo.

- Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, 12(2).
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 27(78): 27-34.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 77-92.
- Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). (2005). *Resolução do Grupo Mercado Comum MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 - Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança*.
- Michaelis, H. (Ed.). (2022). *Dicionário Michaelis de Português (Nova ed.)*. São Paulo: Editora Melhoramentos.
- Milanez, F., Sá, L., Krenak, A., Cruz, F. S. M., Ramos, E. U., & Jesus, G. S.. (2019). Existência e Diferença: O Racismo Contra os Povos Indígenas. *Revista Direito E Práxis*, 10(3), 2161–2181.
- Mogalakwe, M. (2006). The use of documentary research methods in social research. *African Sociological Review*, 10(1), 221-230.

Monteiro, M. G. A., et al. (2020). Consulta de enfermagem em puericultura na perspectiva de mães atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e37945.

Montenegro. (2012). *Denomina de Isolina Maria Bondan a Pediatria da Secretaria Municipal de Saúde (Projeto de Lei nº 016/12)*. Câmara Municipal de Montenegro.

Montenegro. (2017). *Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021*. Secretaria Municipal de Saúde.

Montenegro. (2018). *Denomina Dr. Pedro José Passos Puzyna a Unidade Básica de Saúde Centenário (Lei nº 6.559/2018)*. Câmara Municipal de Montenegro.

Montenegro. (2019). *Denomina Tio Mário a Unidade Básica de Saúde da localidade de Muda Boi (Lei nº 6.630/2019)*. Câmara Municipal de Montenegro.

Montenegro. (2022). *Site da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro*. Recuperado de <https://www.montenegro.rs.gov.br/municipio/secretarias-1/sms>

Moreira, M. D. S., & Gaiva, M. A. M. (2016). Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(4), 677-684.

Moreira, M. D. S., & Gaiva, M. A. M. (2017). Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 9(2), 432-440.

- Mozeré, L. (2013). Como acender ao desejo das crianças pequenas e como sustentá-lo? *Pró-Posições*, 24(3), 31-44.
- Müller, M. H. (2011). *Cuide do seu bebê do nosso jeito: A caderneta de Saúde da Criança ou sobre um modo de fazer viver as crianças e se educar as famílias*. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Nascimento, Y. C. M. L., et al. (2018). Transtorno do espectro autista: Detecção precoce pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, e25425
- Núcleo de Infância e Família (NUDIF/UFRGS). (2019). "*SUSBEBÊ: Desafios envolvidos nas ações e práticas de profissionais do SUS voltadas à saúde integral do bebê*"
- Nunes, R. Z., Vitali, M. M., de Souza, C. Z., Amboni, G., Tuon, L., & Gomes, K. M. (2022). Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Revista de APS*, 25(1): 70-88.
- Oliveira, V., & Veríssimo, M. (2015). Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Revista da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(1), 30-36.

Organização Pan-Americana de Saúde (2005). *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*. Washington: OPAS.

Organização das Nações Unidas (ONU). (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.

Page, M. J. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71): 1-9.

Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pedraza, D. F., & Santos, I. S. (2017). Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 847-855.

Penello, L. M., Lugarinho, L. M. P., Müller, E. C., & Rosario, S. E. do. (2011). Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 3(2), 106–113.

Pereira, M. M., et al. (2015). Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 767-774.

Perreault, M., Rios, E., Lisboa, L. V., Alencar, B. M., Passos, S., Ferreira, A. F., Teixeira, T. B., Rego, F. F. A., Sá, K. N. (2016). Programa de saúde da família no Brasil:

Reflexões críticas à luz da promoção de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 5(1), 159-179.

Penello, L. M. (2013). Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de política públicas saudáveis em destaque à atenção integral à saúde da criança. In. Penello, L. M. & Lugarinho, L. P. *A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira.

Petr, C. G. (1992). Adultcentrism in practice with children. *Families in Society*, 73(7), 408-416.

Pfeilsticker, F. J. (2019). *Desafios no atendimento à Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família.

Pitombo, L. B., Maia, M. S., & Rosario, S. E. do. (2014). Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): formando e transformando no campo da saúde pública. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 6(2), 109–116.

Platt, J. (1981). Evidence and proof in documentary research: some specific problems of documentary research. *Sociological Review*, 29(1), 32-52.

- Reis, M. L., Luvison, I. R., & Silva, D. D. (2015). Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, 20(2), 164-171.
- Reis, J. G. et al. (2019). Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3457-3462.
- Reichert, A. P. S., Rodrigues, P. F., Cruz, T. M. A. V., Dias, T. K. C., Tacla, M. T. G. M., & Collet, N. (2017). Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. *Revista de Enfermagem UFPE [online]*, 11(2), 483-490.
- Ribeiro, R. B. (2022). O racismo contra os povos indígenas: panorama dos casos nas cidades brasileiras entre 2003 e 2019. *Mana*, 28(2), e282204.
- Rio Grande do Sul. (2022). *Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul: Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 2022*. Recuperado de <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/08164752-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>
- Rigon, (1986). A gênese da casa em Montenegro - 1906. In M. E. M. Kautmann (Org.), *Montenegro de ontem e de hoje* (Vol. 3, pp. 63-80). São Leopoldo: Rotermond S.A.
- Rissardo, L. K., & Carreira, L. (2014). Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 72-79.

- Rocha, J. M. (1947). *Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil*. Rio de Janeiro.
- Rodrigues, D. A., et al. (2019). Avaliação da adesão às consultas de crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista de enfermagem UFPE online*, 13(4), 1023-1029.
- Rosa, A. C. F. (1979). História de Montenegro. In M. E. M. Kautmann (Org.), *Montenegro de ontem e de hoje* (Vol. 1, pp. 33-158). São Leopoldo: Rotermund S.A.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.
- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188.
- Rosa, W.A.G., & Labate, R.C. (2005). Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034.
- Rosario, S. E. & Penello, L. M. (2016). Para compreender o conceito de ambiente facilitador e o seu uso na construção de políticas públicas facilitadoras à plenitude da vida. *Divulgação em Saúde para Debate*, 54, 15-25.

- Sampaio, M. A., & Camarotti, M. C. (2016). Mal-estar na tríade profissional de saúde-pais-bebê e seus reflexos nos vínculos iniciais. *Estudos de Psicanálise*, (46), 105-113.
- Santos, M. (1998). O retorno do território. In M. Santos, M. A. A. Souza, & M. L. Silveira (Eds.), *Território: globalização e fragmentação* (pp. 15-20). São Paulo: Hucitec.
- Santos, N. R. (2013). SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(1), 273-280
- Santos, K. H., et al. (2016). O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde. *Revista de APS*, 19(3), 495-499.
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., & Lopes, A. A. Epidemiologia e assistência em saúde. In Barreto, N. L. (org.). *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Serva, V. M. S. B. D. (2011). Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 11(3), 213–216.
- Seta, M. H., Oliveira, C. V. S., & Pepe, V. L. E. (2017). Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10), 3225-3234

- Silva, K. D., de Araújo, M. G., Sales, L. K. O., Valença, C. N., Morais, F. R. R., & de Morais, I. F. (2015). Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 16(2), 67-75.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2008). *As novas curvas da organização mundial da saúde propostas para crianças de 0 a 5 anos*. Documento Científico. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019). *Consulta de Puericultura*. Recuperado de <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/consulta-de-puericultura/>
- Souza, N. D. S., et al. (2019). Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista de enfermagem UFPE*, 13(3), 680-689.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2013). *Superando el adultocentrismo, volume cuatro*. Santiago de Chile.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*, 387(10017), 475-490.

Vieira, D. S., Carvalho Dias, T. K., B. Pedrosa, R. K., Vaz, E. M. C., Collet, N., & Silva Reichert, A. P. (2019). Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e1242.

Vieira, D. de S., Santos, N. C. C. de B., Nascimento, J. A. do ., Collet, N., Toso, B. R. G. de O., & Reichert, A. P. da S. (2018). A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(4), e4890017.

Vieira, I. L. S., Fonseca, F., Rodrigues, L. V., Carrijo, A. P. B., & Deusdara, R. (2021). Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência. *Interagir: pensando a extensão*, (32), 96-104.

Vital, A. F., de Menezes, J. L. S., Cardoso, K. G., dos Santos, L. M., Menezes, V. C., dos Santos, E. B., ... & Lopes, L. V. (2023). Percepções da equipe de enfermagem no atendimento à população indígena em uma unidade básica de saúde na cidade de Manaus. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 23(2), e11741-e11741.

Winnicott, D. W. (1931/2000). Nota sobre normalidade e ansiedade. In Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 91-111). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1949/2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1951/1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1951/2005). O alicerce da saúde mental. In Winnicott, D. W. *Privação e delinquência* (pp. 191-194). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1987/2006a). A amamentação como forma de comunicação. In Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (pp. 19-27).. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1987/2006b). Saber e aprender. In Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (pp. 13-18). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1988/1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Wood, A. (2004). *Karl Marx*. New York and London: Routledge.

Zanatta, E. A., Siega, C. K., Hanzen, I. P., & de Carvalho, L. A. (2020). Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34: e35639.

ANEXO A

Anexo omitido, pois será publicado em formato de artigo em revista científica

ANEXO B



Prefeitura Municipal de Montenegro
Secretaria Municipal de Saúde
FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO PESQUISA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome do pesquisador: Georgius Cardoso Esswein (Psicólogo, Doutorando/NUDIF-UFRGS)

Endereço:

Rua Chile, nº 40, ap. 425, bloco C. Jardim Botânico, Porto Alegre-RS.
Rua Flores da Cunha, 810. Rui Barbosa, Montenegro-RS.

E-mail: georgius.esswein@gmail.com

Telefones para contato: (51)999299899

Instituição proponente: PPG Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Contato do professor responsável: ritasobreiralopes@gmail.com

SOBRE A PESQUISA:

Área profissional dos pesquisadores: Psicologia

Tipo de formação (técnico, superior, especialização, etc): Doutorado/Mestrado

Local de realização da pesquisa (UBS/ESF/CAPS/Vigilância Sanitária, etc): Unidades Básicas de Saúde (com ESF ou equipe tradicional) ou outros locais da Atenção Básica que trabalhem com o acompanhamento de bebês de 0-2 anos.

Título: Susbebê: ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê

Público alvo:

- 1- Profissionais da Atenção Básica que acompanham/realizam consultas com bebês de 0-2 anos de idade;
- 2- Cuidadores dos bebês acompanhados/atendidos.

Data prevista para início: Agosto/2020

Data prevista para término: Dezembro/2021 (podendo ser alterada de acordo com o andamento e combinações feitas com a secretaria de saúde)

Descrição detalhada de como será realizada a pesquisa foram enviadas por e-mail.

Declaro que o projeto de pesquisa já está aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de ensino à qual está vinculado.

Assinatura: _____

Data da solicitação: 03/08/2020

Parecer NUMESC (uso do numesc):

De acordo.

Assinatura Coordenador: _____

De acordo do (a) Secretário (a) de saúde: _____

Loreni Cristina Reinheimer

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DO SUS

Breve informação:

O Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está desenvolvendo um projeto de pesquisa que visa conhecer o trabalho dos profissionais do SUS com os bebês e seus cuidadores. Nesse momento, você está sendo convidado a participar de uma entrevista para conversarmos sobre a sua experiência enquanto profissional de saúde que atende ou acompanha bebês na Atenção Básica. Sabemos que algumas unidades de saúde podem ter modificado seus atendimentos como consequência do novo coronavírus, e estamos levando isso em consideração para a realização dessa pesquisa. Seguem abaixo algumas informações sobre o projeto de pesquisa e entrevista.

Título: SUSBEBE: desafios envolvidos nas ações e práticas de profissionais do SUS voltadas à saúde integral do bebê

Objetivo: Conhecer as experiências e os desafios dos profissionais da Atenção Básica do SUS em seu trabalho com bebês de 0-2 anos e seus cuidadores.

Descrição dos procedimentos: Você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e analisada. O tempo de cada entrevista será de aproximadamente 1 hora. A entrevista será realizada de forma online.

Benefícios: Esta entrevista proporcionará um momento de reflexão sobre como está sendo realizada a atenção ao bebê no SUS. Além disto, você estará contribuindo para um estudo que poderá ajudar a gerar melhorias para a atenção prestada, com base em sua percepção e experiência.

Riscos e desconfortos: Considera-se que os riscos para a participação na pesquisa são considerados mínimos. Tais riscos dizem respeito a possíveis desconfortos que possam ser gerados a partir desta conversa. Caso você não se sinta bem com a entrevista, você será acolhido pela equipe de pesquisa, no momento da conversa. Ainda, se percebemos necessidade, e com seu consentimento, realizaremos o encaminhamento para o serviço de saúde do SUS o qual esteja vinculado, ou até mesmo, encaminhado para atendimento psicológico com algum membro de nosso grupo de pesquisa.

Possibilidade de desistência: Todo o possível participante terá plena liberdade de autorizar ou recusar sua participação. As entrevistas serão encerradas a qualquer momento caso o participante não queira continuar, sem custo ou qualquer penalização. Caso algum participante sentir-se cansado, a entrevista poderá ser interrompida, podendo ser remarcada em outro dia, se assim desejar. As disponibilidades de seus horários serão respeitadas. Caso solicite explicações sobre a pesquisa ou sobre as entrevistas, os pesquisadores lhe darão informações a qualquer momento.

Informações adicionais: Trata-se de uma pesquisa do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dados serão confidenciais e o seu nome não será divulgado em momento algum. Caso necessário, será atribuído um nome fictício às suas falas, de modo que nunca será vinculado a você. Após a

conclusão, serão publicados artigos científicos com as informações decorrentes desta pesquisa, sempre mantendo a confidencialidade das identidades dos participantes em todas as fases da pesquisa.

É direito do participante ter uma cópia do presente termo. Orientamos que você salve uma cópia desse documento nesse momento.

Considero-me igualmente informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionada à privacidade, sendo que as entrevistas realizadas serão usadas para obter informações relacionadas à pesquisa e, após, serão arquivadas pelos pesquisadores para posteriores trabalhos na área da Psicologia, sempre preservando o sigilo sobre a identidade dos participantes;
- Os dados serão armazenados na sala 208 do Instituto de Psicologia, campus saúde da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, nº 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre – RS), por um período de 5 anos;
- De que não terei gastos com a participação nesta pesquisa;
- De que terei uma cópia deste documento, bastando apenas copiar esse conteúdo, nesse momento;
- De que, caso aceite participar, marcarei a opção “Declaro que li o TCLE e concordo em participar da pesquisa”, logo abaixo.

Mediante esclarecimentos recebidos pelos pesquisadores, o participante declara-se ciente de sua participação na pesquisa acima referida. Afirma que está ciente de que os dados deste estudo serão divulgados em meio científico, sem sua identificação. Se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Georgius Cardoso Esswein (51) 999299899, Mariana Farias Puccinelli (51) 98260-7215, Pedro Henrique Conte Gil (54) 99162-1602, ou Rita de Cássia Sobreira Lopes (51) 33085145; ou ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, na Rua Ramiro Barcelos, 2600, fone (51) 3308- 5066, CEP 90035003, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre; ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone (51)32895517, endereço Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, com horário de atendimento das 8h até às 14h, sem intervalo e pelo e-mail: cep_sms@hotmail.com e cep_sms@sms.prefpoa.com.br.

Você leu e concorda em participar da pesquisa?

() Declaro que li e concordo em participar da pesquisa

() Declaro que li e não concordo em participar da pesquisa

ANEXO D

Entrevista sobre as experiências dos profissionais do SUS com bebês

Olá, meu nome é (nome), sou psicólogo(a) e faço parte do NUDIF/UFRGS, e conduzirei a sua entrevista. Em nosso grupo, estamos realizando uma pesquisa para escutar os profissionais de saúde sobre seu trabalho de atenção à saúde do bebê. Para começar a entrevista, irei lhe perguntar algumas informações sobre você, sua trajetória e formação.

1) Dados sociodemográficos

- a) Idade:
- b) Estado civil
- c) Como você se autodeclara? (Preto, pardo, indígena ou branco)
- d) Você se identifica com algum sexo e gênero?
- e) Tem filhos?
- f) Tem contato com bebês para além do contexto de trabalho?
- g) Você se identifica com alguma religião ou forma de expressar a espiritualidade?

2) Trajetória e formação profissional

- a) Formação e tempo de formado
- b) Experiências profissionais anteriores e atual
- c) Qual função você ocupa no serviço em que você trabalha? Quanto tempo trabalha nesse local?
- d) Trabalha somente no SUS?
- e) No SUS, trabalha com diferentes etapas da vida? Qual é mais desafiadora?
- f) O que motivou a trabalhar com bebês?
- g) Teve formação para trabalhar com bebês?
- h) Acha que deveria haver uma formação para trabalhar com bebês?

- i) Você acha que a psicologia poderia contribuir para a formação? Como? Sente falta de alguma coisa nessa área?

3) Experiência profissional no trabalho com os bebês e seus cuidadores

Estamos interessados em conhecer o trabalho de vocês com os bebês no SUS e os desafios envolvidos. Sinta-se à vontade para relatar suas vivências de forma mais espontânea e livre possível.

- a) Como é o seu trabalho com os bebês? Com que frequência você os atende? (Faz consultas de acompanhamento? Qual trabalho realiza?)
- b) Quais os desafios de atender um bebê?
- c) Que aspectos da saúde do bebê estão sendo contemplados nos atendimentos?
- d) Você acha que é possível atender a saúde integral do bebê também?
- e) Os bebês têm a particularidade de não virem sozinhos às consultas. Como é o trabalho com os cuidadores dos bebês?
- f) Como você acha que os cuidadores impactam na saúde e adoecimento dos bebês?
- g) Como a relação entre profissionais/cuidadores/bebê impacta na saúde do bebê?
- h) Você trabalha/como é trabalhar com a Caderneta de Saúde da Criança (CSC)? (Explorar o trabalho do profissional e utilização pelos cuidadores). Tem usado a nova caderneta? O que acha dela/o que percebe que mudou/como impacta no trabalho?
- i) Você faz/como é fazer as visitas domiciliares? como se sente?
- j) Como você se sente sendo responsável pelo atendimento dos bebês e seus cuidadores?

4) Diversidade e saberes culturais nos atendimentos aos bebês

Considerando a diversidade de classes sociais, culturas, religiões, crenças, marcador raça/cor, entre outros, sabemos que existem diferentes formas de cuidados com os bebês, que não se limitam apenas às recomendações que são dadas pela equipe de saúde.

- a) Você acha que a sua formação profissional lhe preparou para o trabalho com diferentes realidades culturais e/ou sociais?
- b) Existe alguma característica ou particularidade cultural dos usuários ou do território que impacta nas práticas de cuidado aos bebês?
- c) Os cuidadores relatam práticas de cuidado culturais/passados de geração em geração com os bebês? (Se necessário, exemplificar: benzeduras, chás, tradições familiares...)
- d) Os cuidadores relatam práticas de cuidado com influências religiosas ao bebê? (Se necessário, exemplificar: rezas, simpatias, orações...)
- e) Como essas práticas e saberes culturais impactam a saúde do bebê? E como impactam os atendimentos?
- f) Como tem sido para você lidar com esta diversidade de formas de cuidado ao bebê?

5) Experiência de trabalhar com os bebês e seus cuidadores no período de pandemia

- a) Como tem sido o contato com os cuidadores dos bebês? (tem acontecido/mudanças/atendimento remoto)
- b) Como tem sido o trabalho com os bebês no contexto de pandemia?
- c) Como tem sido o trabalho com os cuidadores nesse momento?
- d) Como é o desafio de trabalhar com os bebês e seus cuidadores nesse momento?
- e) Como tem sido lidar com o adoecimento dos bebês nesse momento?
- f) Impacto do contexto de pandemia nos bebês e sua saúde como um todo.

- 6) Conversamos até agora sobre todas essas questões a respeito do cuidado do bebê nesse contexto atual de pandemia do coronavírus. Levando em conta todas essas particularidades e desafios desse momento, como foi para você falar sobre isso?**

ANEXO E

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SUSBEBÊ: Ações do SUS implicadas com a saúde psíquica do bebê

Pesquisador: Rita de Cássia Sobreira Lopes

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 05657019.7.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.175.319

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda para o projeto que tem como objetivo identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao segundo ano de vida. Este estudo envolverá 135 participantes, distribuídos em três níveis de atenção à saúde do SUS buscando identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao segundo ano de vida. Ao todo, serão convidados a participar 60 profissionais de equipes multidisciplinares, 15 coordenadores de serviços de saúde e 60 mães/pais usuários, cujo bebê esteja em atendimento no SUS. Entrevistas investigarão as percepções dos profissionais, coordenadores de serviços e dos usuários, quanto às ações de atenção à saúde do bebê, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê. As entrevistas serão gravadas e transcritas para fins de análise. Os dados das entrevistas serão submetidos à análise temática a fim de fazer um levantamento quanto às seguintes proposições: (1) as ações direcionadas à gestante, que contribuem para a saúde psíquica do bebê; (2) as ações direcionadas ao período de parto e puerpério, que contribuem para a saúde psíquica do bebê; e, (3) as ações direcionadas ao bebê, do nascimento ao 2o ano de vida, que contribuem para a sua saúde psíquica. O estudo desenvolver-se-á em três momentos: em um primeiro momento serão examinadas as respostas dos profissionais (Grupo 1), coordenadores de serviços (Grupo 2) e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.175.319

usuários (Grupo 3), dentro de cada nível de atenção à saúde, primária, secundária e terciária; em um segundo momento, serão feitas análises das respostas dos participantes (Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3) entre os três níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, buscando identificar semelhanças e particularidades; em um terceiro momento, será realizada uma análise de conteúdo quantitativa buscando identificar padrões de respostas dos participantes deste projeto (Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3), dentro e entre cada nível de atenção à saúde. Os participantes envolvidos com as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês de 0 a 2 anos, que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, também poderão ser convidados a participar de um momento de observação dessas consultas, que serão analisadas a partir da análise dos relatos do observador. Os participantes envolvidos com as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês de 0 a 2 anos, que ocorrem na Atenção Primária à Saúde, também poderão ser convidados a participar de um momento de observação dessas consultas, que serão analisadas a partir da análise dos relatos do observador. Considerando o atual contexto de pandemia, a emenda em questão volta-se para modificação no formato das entrevistas, passando para modo online, além de acréscimos quanto aos tópicos das mesmas (contendo questões sobre o impacto do momento atual no cuidado à saúde do bebê).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as ações de serviços do SUS voltadas para o bebê e seus principais desafios, nos diferentes níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária, e suas contribuições para a saúde psíquica do bebê, da gestação ao 2o ano de vida.

Objetivos Secundários:

- * Conhecer as ações direcionadas às gestantes que contribuem para a saúde psíquica do bebê, nos diferentes níveis de atenção;
- * Conhecer as ações direcionadas ao período de parto e puerpério que contribuem para a saúde psíquica do bebê, nos diferentes níveis de atenção;
- * Conhecer as ações direcionadas ao bebê, do nascimento ao 2o ano de vida que contribuem para a sua saúde psíquica, nos diferentes níveis de atenção.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.175.319

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo apresenta os riscos da pesquisa como sendo mínimos, apontando-os como referentes a possíveis desconfortos que possam ser gerados a partir da entrevista ou observação. Nesse sentido, os pesquisadores apresentam enquanto manejo de riscos os encaminhamentos necessários para serviços especializados. Ainda deixam nítido que, caso o participante se sinta desconfortável com alguma questão das entrevistas, este poderá optar por não responder às questões das entrevistas ou deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Benefícios: o estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes, apesar de considerar que a entrevista ou observação que a entrevista pode se constituir como espaço de escuta e acolhimento de suas vivências. Entende-se como benefícios indiretos, que tanto entrevista como observação podem possibilitar um momento de reflexão sobre como está sendo realizada a atenção ao bebê no SUS, podendo contribuir para tais ações nesse contexto. Além disso, por ser um momento de verbalização de percepções e apropriação de experiências no SUS com relação ao desenvolvimento integral do bebê, na visão dos usuários e profissionais do SUS, esse espaço poderá oportunizar uma ampliação de perspectiva acerca dos cuidados do bebê na saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se estruturada e contempla os requisitos para o estudo de caso a ser desenvolvido. A metodologia está adequada aos princípios científicos que a justificam, sendo garantido o sigilo quanto aos dados e informações das(os) participantes, bem como respeitados a eticidade da pesquisa com seres humanos conforme a resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos explicam os procedimentos da pesquisa de forma nítida e acessível apresentando as orientações éticas necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a todos os requisitos formais (teóricos e metodológicos) e está adequado do ponto de vista ético. Emenda em condições de ser aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendamos a todos os pesquisadores que avaliem os seus projetos de pesquisa em

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

**UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL**



Continuação do Parecer: 4.175.319

andamento e considerem os impactos da COVID-19 na continuidade de sua realização. Esta recomendação se aplica a todos os projetos de pesquisa. Devem ser avaliadas as situações de interação pessoal em coletas de dados e outras situações decorrentes da realização dos estudos. Caso necessite de uma consultoria, o CEP do Instituto de Psicologia fica à disposição para discutir cada situação de forma pontual.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1594765_E3.pdf	22/07/2020 10:02:37		Aceito
Outros	Adendo_20_julho.pdf	22/07/2020 09:58:24	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_prof_coord.pdf	22/07/2020 09:57:40	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidadores.pdf	22/07/2020 09:57:24	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_SUSbebe_adendo20julho.pdf	22/07/2020 09:56:07	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Outros	ADENDO_02.pdf	07/01/2020 01:26:29	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_completo_com_modificacoes_do_adendo.pdf	07/01/2020 01:24:24	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_INSTITUCIONAL_APS_POA.pdf	07/01/2020 01:20:37	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Observacao.pdf	07/01/2020 01:20:08	GEORGIUS CARDOSO ESSWEIN	Aceito
Outros	ADENDO.pdf	25/10/2019 15:27:15	GEORGIUS CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	11/01/2019 14:04:16	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
Outros	Carta_autorizacao_servicos_de_saude.pdf	11/01/2019 13:24:03	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
Outros	PARECER_COMPESQ.pdf	11/01/2019 11:50:12	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 4.175.319

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/01/2019 11:38:59	Rita de Cássia Sobreira Lopes	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Julho de 2020

Assinado por:
Oriana Holsbach Hadler
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br