

CURSO DE PSICOLOGIA

Sharyel Barbosa Toebe

**PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O
ACOLHIMENTO EM SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Santa Cruz do Sul

2017

Sharyel Barbosa Toebe

**PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O
ACOLHIMENTO EM SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Psicologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ma. Karine Vanessa Perez

Santa Cruz do Sul,

2017

*acima de tudo ame
como se fosse a única coisa que você sabe fazer
no fim do dia isso tudo
não significa nada
esta página
onde você está
seu diploma
seu emprego
o dinheiro
nada importa
exceto o amor e a conexão entre as pessoas
quem você amou
e com que profundidade você amou
como você tocou as pessoas a sua volta
e quanto você se doou a elas*

Rupi Kaur – Outros jeitos de usar a boca

RESUMO

As políticas públicas em saúde objetivam levantar reflexões sobre determinados temas e lacunas desta área e estabelecer planos de ação para a melhoria das mesmas, garantindo que os direitos constitucionais sejam efetivados. A Política Nacional de Humanização (PNH) visa à valorização dos sujeitos e preconiza a importância do vínculo e do acolhimento que, para se estabelecerem, precisam do entrelaçamento das duas partes envolvidas: trabalhador e usuário. Através desta pesquisa, realizada como trabalho de conclusão de curso, buscou-se compreender como mulheres-mães cuidadoras/responsáveis pelas crianças percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância, em um município do Vale do Rio Pardo-RS. Foi utilizada a abordagem qualitativa em amostragem bola de neve, com entrevistas individuais semiestruturadas com oito mulheres-mães de crianças na faixa etária da primeira infância (0 a 5 anos). A partir da análise de conteúdo realizada com os dados da pesquisa, foram construídas categorias com o objetivo de embasar as mensagens com pressupostos teóricos, sendo elas: construindo relações: cuidado constante; omissão do cuidado; puericultura: acolher para cuidar integralmente; “fazer o bocado”: as tensões e embates nas relações; percursos pela rede atenção; acolhimento como postura ética transversal. Com o desenvolvimento desta pesquisa, levantou-se discussões e problematizações acerca das práticas de acolhimento, do fazer cotidiano do trabalho em saúde como espaço de construção de relações de confiança, de diálogo na integração entre usuários e profissionais; sobre a responsabilização desse cuidado em um trabalho em/na rede; e a importância de que o ato de acolher faça-se presente em todos os encontros de saúde. Espera-se que possam ser válidas as discussões produzidas a partir desse trabalho tanto para os serviços de saúde e os profissionais responsáveis por efetivar esta prática quanto para os usuários, contribuindo de alguma forma com a visibilização das práticas e relações na rede de atenção dos cuidados com a primeira infância.

Palavras-chave: Acolhimento em Saúde; Primeira Infância; Políticas Públicas de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 Políticas Públicas em Saúde.....	8
2.1.2 Breve histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	8
2.2 Humanização e acolhimento.....	10
2.3 Primeira infância.....	13
2.3.1 Histórico acerca dos direitos da criança no Brasil.....	13
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Caracterização da pesquisa.....	17
3.2 Caracterização dos participantes.....	18
3.3 Caracterização do ambiente.....	18
3.4 Levantamento de informações.....	19
3.5 Recursos materiais.....	20
3.6 Procedimentos de campo.....	20
3.7 Análise das informações/dados.....	20
3.8 Considerações éticas.....	21
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	22
4.1 Construindo relações: cuidado constante.....	23
4.2 Omissão do cuidado.....	25
4.3 Puericultura: acolher para cuidar integralmente.....	27
4.4 “Fazer o bocão”: as tensões/embates nas relações.....	29
4.5 Percursos pela rede atenção.....	32
4.6 Acolhimento como postura ética transversal.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	43
APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas.....	45

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas em saúde objetivam levantar reflexões sobre determinados temas e lacunas desta área, e assim estabelecer planos de ação para a melhoria das mesmas, garantindo que os direitos constitucionais sejam efetivados. A Política Nacional de Humanização (PNH) visa à valorização dos sujeitos e preconiza a importância do vínculo e do acolhimento que, para se estabelecerem, precisam do entrelaçamento das duas partes envolvidas: trabalhador e usuário.

O tema desenvolvido nesta pesquisa é o acolhimento à primeira infância nos serviços de saúde de um município do Vale do Rio Pardo-RS, que foi realizada como parte do Trabalho de Conclusão em Psicologia, na Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Por acolhimento entende-se, a partir da PNH, uma prática e postura que deve ser incorporada por todos os trabalhadores dos serviços de saúde que compõe o SUS; é uma responsabilização pela demanda trazida pelo usuário. Acolhê-lo e respeitá-lo em sua diferença é eticamente necessário para que se construa “uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas” (BRASIL, 2010b, p. 23). O acolhimento pressupõe a relação, o vínculo afetivo; a construção dessas redes de cuidado em saúde se dá também desta forma, pois são redes vivas, construídas pelas/nas relações humanas (BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b).

A partir do conceito de acolhimento na PNH, quando um usuário é acolhido em um serviço, o profissional tem compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo mesmo, maior importância ainda se frisa, pelo fato de serem crianças, grupo prioritário na sociedade (BRASIL, 2004b). A Constituição Federal, em seu art. 227, determina a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à uma vida digna em todos os seus aspectos, como saúde, educação, profissionalização, cultura, colocando-a salvo de toda forma de violência (BRASIL, 1988).

Visto isto, é de responsabilidade de toda a sociedade, garantir os cuidados necessários para o desenvolvimento integral nos primeiros anos de vida de uma pessoa. A partir de uma experiência de pouco mais de um ano de trabalho como visitadora no Programa Primeira Infância Melhor (PIM), pôde-se, além de acompanhar o desenvolvimento integral das crianças, observar também suas histórias de vida, ouvir relatos de mulheres-mães e do cuidado que dispõem aos seus filhos. Foi-se percebendo que cuidadoras atendidas, de um mesmo território de Estratégia de Saúde da Família, buscam, para a atenção em saúde de seus filhos, serviços diferentes, por vezes justificando isto pelo modo como são acolhidas. Por

outro lado, os serviços também dizem algo dessas mulheres-mães, de como elas cuidam seus filhos e de como o cuidado é prescrito, supondo ser este o modo adequado.

Partindo desses relatos e vivências, foi-se perguntando sobre como se dá esse acolhimento, como ele é construído e pensado em cada serviço. Apesar de ser a mesma política que rege e regulamenta esse cuidado em saúde, ele se singulariza em cada profissional que irá executá-lo, na relação entre quem acolhe e quem é acolhido, “pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2010a, p. 8).

A finalidade de realizar esta pesquisa foi de compreender como os cuidadores/responsáveis pelas crianças percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância em um município do Vale do Rio Pardo-RS. Desta forma, realizou-se uma revisão bibliográfica com base em documentos já elaborados sobre o acolhimento em saúde neste período de vida. Para isto, foi realizado um levantamento documental de informações e organizados nos seguintes temas:

políticas públicas em saúde; histórico das políticas públicas de saúde no Brasil; humanização e acolhimento; primeira infância; histórico acerca dos direitos da criança no Brasil.

Ainda objetivou-se investigar quais elementos influenciam na construção do vínculo entre os cuidadores/responsáveis e os trabalhadores dos serviços de saúde bem como problematizar as práticas de acolhimento que ocorrem nos encontros destes atores. O levantamento destas informações foi realizado por meio de entrevista semiestruturada. Com base nos dados coletados foi realizada análise de conteúdo, vinculando as mensagens das entrevistas com teorias sobre o campo (CAMPOS, 2004). Deste modo, organizou-se seis categorias em resposta aos objetivos da pesquisa: construindo relações: cuidado constante; omissão do cuidado; puericultura: acolher para cuidar integralmente; “fazer o bocão”: as tensões e embates nas relações; percursos pela rede atenção; acolhimento como postura ética transversal.

Faz-se importante salientar inicialmente que buscou-se pesquisar cuidadores/responsáveis e encontrou-se mulheres-mães. As oito entrevistadas eram mães que são responsáveis quase que exclusivamente pelos cuidados diários de seus filhos. Elas serão denominadas ao longo do trabalho como mulheres-mães na tentativa de marcar que elas não são somente coadjuvantes nesse trabalho e que, antes de serem mães são mulheres. Desta forma, procura-se enfatizar o lugar da mulher não somente ligado a marternagem e

reprodução, apesar de ser por onde elas aparecem nesse texto. Muitas vezes estas mulheres são olhadas somente na cobrança do cuidado de seus filhos, pois [...] “a responsabilidade dos adultos para com as crianças, quer no âmbito da família quer quando se realiza em instituições, tende a se alinhar por gênero, sendo socialmente mais enfatizado o amor materno e insistindo-se na ética da mulher para com o outro, a outra” (CASTRO; ABRAMOVAY, 2017, p. 270).

Castro e Abramovay (2017, p. 270) citam um estudo de Hirata e Guimarães (2012), onde as últimas apontam o cuidado como “conceito que envolve atenção ao outro e solicitude, devendo ser retirado do âmbito do privado e do pessoal e, principalmente, do entendimento comum de que cuidado é uma qualidade “inata e natural das mulheres”, pois trata-se de construto básico de justiça social”. Desta forma, o cuidado é inscrito socialmente como trabalho feminino, por estereótipos que essencializam a mulher como cuidadora natural. Traz-se aqui o compromisso de se marcar essa essencialização para que seja possível desatualizá-la.

Este trabalho pode ser uma ferramenta útil para estas cuidadoras se empoderarem do conhecimento de seus direitos e deveres enquanto usuários do SUS e responsáveis por um grupo prioritário na sociedade. Também, a partir do desenvolvimento desse trabalho, pretendeu-se levantar discussões e problematizações que possam ser válidas para os serviços de saúde e para as mulheres-mães e outros cuidadores/responsáveis, contribuindo de alguma forma na rede de atenção dos cuidados com a primeira infância. Esta rede é transversal e heterogênea, pois se constrói pelos entrecruzamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, equipamentos, políticas de saúde num demarcado território geográfico (BRASIL, 2010b).

Esta pesquisa foi construída a partir de encontros afetivos produtores e transformadores de vida. Encontros estes proporcionados tanto pela experiência do estágio extracurricular que deu espaço para que o tema, aqui pesquisado, se fizesse em questão, quanto os próprios do processo da pesquisa. Faz-se necessário apontar que é um tema que ainda deixa muitas dúvidas e inquietações, e que, como toda pesquisa, é um recorte, limitado no tempo e espaço, de determinados saberes, sendo assim, uma construção parcial sobre o assunto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o objetivo de analisar as Políticas Públicas de Saúde relativas à primeira infância, entendeu-se como necessária a compreensão sobre o que são Políticas Públicas em Saúde, a história das mesmas no Brasil e, dentro destas, a Política de Humanização das práticas no SUS. Também considerou-se importante conhecer o que se conceitua hoje como primeira infância, como esse período da vida de um sujeito é historicamente (re)significado e, desta forma, como se (re)constroem os direitos acerca do mesmo.

2.1 Políticas Públicas em Saúde

Uma política pública, como é entendida hoje, é criada a partir de uma análise de um determinado campo, e a partir dessa reflexão, são desenvolvidas, pelo Poder Público, ações, programas, buscando suprir lacunas em relação a esse campo. Segundo Hillesheim (2013, p. 24) “políticas públicas são linhas de ações coletivas criadas pelo Estado para atender a determinadas demandas sociais, configurando-se como um compromisso público de atuação em longo prazo”.

Sendo assim, políticas públicas em saúde, irão levantar reflexões sobre determinados temas e lacunas na área da saúde, e determinar planos de ação para a melhoria dessas determinadas áreas, garantindo que os direitos constitucionais sejam efetivados.

2.1.2 Breve histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A história das Políticas Públicas em Saúde no Brasil conta de um percurso de lutas por direitos, seguidas de episódios de retrocesso, que geravam mais luta e movimentação popular, resultando nas políticas que conhecemos e acessamos hoje. A história da saúde no Brasil vem de uma prática higienista, curativista e medico centrada, trazida da Europa. Foi somente em 1920 que a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996).

Houve momentos em que se avança em questões de saúde como questão social, mas em situações de crise, aumento populacional e piora nas condições e vida, retrocede-se. Os avanços na saúde caminharam juntos com os avanços de seguridade social e da economia, em períodos de expansão industrial, aumentavam-se as conquistas por direitos (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996).

No período do Estado Novo delineou-se uma Política Nacional de Saúde, através da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde. Porém, os programas de Saúde Pública continuavam seguindo um modelo sanitarista-campanhista, focados na criação de condições mínimas de infraestrutura necessária para suportar o fluxo de imigrantes (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996).

As ações preventivas aparecem somente anos 1970. No final desta década e no início da seguinte, em um cenário de caos, consolidou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária, objetivando a melhoria das condições de saúde e o reconhecimento da mesma como um direito social universal, devendo ser garantido pelo Estado, bem como a atenção em saúde baseada nos princípios da integralidade e da equidade e a descentralização de ações e serviços (MERCADANTE, 2002).

Ainda segundo Mercadante (2002), durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a construção de sólida aliança política em torno dessas teses foram legitimadas. Esta conferência marca uma grande diferença das anteriores: além da participação dos especialistas, vinculados ao Ministério da Saúde (MS), ouve a ampliação da participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da Previdência Social e a integração de representação de usuários dos serviços de saúde. Com a participação destes atores é proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil, e a votação da criação do SUS se afirma a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em Saúde como direito. É nesse documento também, que se indica saúde como sinônimo de qualidade de vida, e não mais somente como ausência de doenças.

A mobilização da sociedade, pelos diretos a saúde, continuou na elaboração da Carta Magna de 1988, aprovando: o direito universal à saúde; a saúde como um dever do Estado; a constituição do SUS, unificando em uma rede todos os serviços públicos. Também assegurando os princípios aprovados pela VIII Conferência, a participação do setor privado no SUS em complementariedade e proibindo a comercialização de sangue e de seus derivados (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996).

A partir disso, foi sendo construído o nosso Sistema Único de Saúde. Hoje, com 26 anos de existência, muita coisa foi aprimorada e conquistada nesse sistema que faz parte da vida de todos os brasileiros. Porém, o trabalho deve ser contínuo, de constante problematização para (re)pensarem-se as práticas, atualização para melhor atender as demandas e movimento popular para continuar sendo garantida sua existência.

2.2 Humanização e acolhimento

Em 2003, após anos da constituição do SUS, muita coisa mudou, e viu-se que para atingir os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, seria necessária uma mudança nas práticas de saúde. Desta forma, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, surge para “suprir” lacunas de acesso ao serviço, dificuldades no trabalho em saúde, da atenção e de gestão do SUS (BRASIL, 2004b).

No entanto, os debates em torno do tema da humanização ocorrem há bastante tempo. Benevides e Passos (2005) lembram que na década de 1960 o movimento feminista pautou este tema nas lutas pela saúde da mulher. Relatam ainda que deste período até os anos 1980 há um movimento instituinte pelas mudanças dessas práticas confundindo-se até como o próprio processo de criação do SUS. Contudo, ao chegar aos anos 2000, esse movimento se defronta com seus resultados: formas, imagens e slogans vazios, já sem a força do movimento instituinte. Desta forma, no início dos anos 2000, a humanização ganha, um aspecto de conceito-sintoma, pois “[...] se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio [...]” (p.390).

Segundo Romanini (2016), não mais como programa, mas como política pública, a PNH emerge no processo de avaliação do SUS, visando o seu fortalecimento e contando com o envolvimento de atores implicados na construção de um sistema público de saúde universal e igualitário. Desta forma,

[...] busca reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando como diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes estão apoiadas em três princípios fundamentais: a ampliação da transversalidade (ou o aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos), a inseparabilidade entre gestão e atenção e a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos (ROMANINI, 2016, p. 55)

A partir desta política, entende-se humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004b). Sujeitos estes que, quando mobilizados em coletivo, são capazes de transformar realidades, neste caso, as práticas de produção de saúde, e neste mesmo processo, transformando-se a si próprios, por mudanças nos processos de subjetivação. Desta forma o conceito de humanização é tomado como uma estratégia de interferência nas práticas de

saúde, pois para se repensar o fazer no SUS, deve-se pensar a partir das existências concretas, considerando a diversidade do humano e as mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. E assim, investir na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. É a partir da transformação das relações que acontecem entre os sujeitos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Indo contra a uma ideia de homem humanizado como figura ideal que não coincide com nenhuma existência concreta. O ideal precisa ser construído a partir do concreto. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização enquanto Política de Saúde se constrói na transversalidade das ações e na inseparabilidade entre atenção e gestão. Estas ações indicam que o caminho para se concretizar esta política é pela via das “tecnologias relacionais” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Deslocando a ênfase de uma abordagem instrumental para uma abordagem mais relacional, priorizando a materialidade e a substancialidade do encontro (GUERRERO et al, 2013).

Merhy (2013, p. 176) distingue três formas de ofertar as tecnologias de cuidado em saúde.

Uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato.

Dentro da caixa de ferramentas das tecnologias leves encontramos a tecnologia relacional que é o acolhimento. Assim como o SUS, o acolhimento é heterogêneo, sendo feito e pensado de diversas formas nos diferentes serviços. Alguns serviços denominam acolhimento a parte de chegada até o mesmo, a entrada nele, como uma triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Outra visão sobre o acolhimento é considerar como uma questão de espaço, preocupando-se apenas em oferecer um ambiente confortável. São estas definições restritas, reduzidas a ações pontuais e descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculo. O acolhimento na porta de entrada só

ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010a).

Por acolhimento entende-se, a partir da PHN, a

[...] recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004b, p. 37).

Nesse sentido, acolhimento é entendido com algo muito mais amplo. É uma prática e uma postura de escuta transversal. Dá-se desde o momento em que o usuário chega ao serviço e até quando sai dele, quando é encaminhado para outro, e o profissional continua acolhendo essa pessoa, prestando ajuda necessária e garantindo devida atenção à demanda que chega até ele, “com compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário” (BRASIL, 2010a, p. 21).

O ato de acolher significa “estar com”, “estar junto de”, é uma forma de inclusão. Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, produzindo o vínculo, que é a base dos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, afirma-se o acolhimento como uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Trata-se de uma diretriz ética porque se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo nas suas diferenças, em suas dores, seus modos de viver, sentir e estar na vida. É uma diretriz estética porque traz para as relações e encontros cotidianos a invenção constante de estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver. É uma diretriz política porque envolve o compromisso coletivo neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (ROMANINI, 2016, p. 57).

Desta forma, assim como Romanini (2016, p. 25), aqui aposta-se “nas reflexões sobre o acolhimento como uma experiência singular, que acontece cotidianamente nos serviços, nos encontros mais corriqueiros e comuns entre profissionais e usuários”. Acreditando-se então, que em todos os encontros, é necessário um enlaçamento de acolhida para que se produza saúde.

2.3 Primeira infância

Ao longo da história, o período dos primeiros anos de vida de um ser humano, vem passando por mudanças em sua conceituação, a partir das transformações ocorridas na

sociedade. Assim sendo, pode-se entender a concepção acerca da infância como uma criação social, pois é produzida a partir das mudanças que acontecem nas transformações históricas (BRASIL, 2002).

No início do período contemporâneo, a infância passa ser entendida “como um tempo de superação das carências supostamente existentes nas crianças, ou como um tempo de preparação para a vida futura, ou ainda como um tempo de convívio social e lúdico com outras crianças que se formam espontaneamente” (BRASIL, 2002, p.25). Nas últimas cinco décadas, outros entendimentos sobre o que é infância vêm sendo representadas e indicam novas concepções sobre a criança. Ela passa a ser entendida como cidadã, inscrita social e historicamente, portando e produzindo cultura (BRASIL, 2002).

A infância representa o futuro hoje, e é por isso que preservar e cuidar dela deve fazer parte do projeto de desenvolvimento de uma nação. Sabe-se que a primeira infância, que hoje denomina-se pelo período que vai da gestação até os 6 anos, é primordial e fundamental para o desenvolvimento saudável, seja ele observado do ponto de vista biológico, psicológico ou social. Para um cuidado efetivo em relação ao desenvolvimento das crianças, preocupado com seu futuro, logo o futuro de uma nação, é preciso que haja um trabalho de forma articulada, em todas as esferas responsáveis por este cuidado (STRALEN; COSTA; PENELLO, 2016).

2.3.1 Histórico acerca dos direitos da criança no Brasil

Ao pensarmos em ações voltadas para as crianças no país, a Roda dos Expostos foi primeira instituição oficial de assistência à criança abandonada, e também a de maior duração, pois foi criada no período colonial e extinta apenas da década de 1950. Tinha o objetivo de manter o anonimato, tanto do expositor quanto do destino da criança exposta (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

É também nesse momento que se identificam as primeiras alianças entre governo e caridade, pois, foi aprovada uma lei chamada “Lei dos Municípios”, em 1828, que determinava que, em cidades que existissem casas de Misericórdia, poderiam ser usados seus serviços para a instalação dessas rodas, em parceria com a Assembleia Legislativa Provincial (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

Esta assistência caritativa, que visava apenas o acolhimento das crianças, não tinha como objetivo, educá-las e profissionalizá-las. Rizzini (2000) referenciado por Poletto (2012) diz que é somente na segunda metade do século XIX, que são criadas leis que tratam do ensino primário e secundário, além de decretos que tornam obrigatório o ensino a todos os

meninos maiores de sete anos, exceto os com doenças contagiosas, os que não fossem vacinados e os escravos, e as meninas nem sequer são citadas. Na legislação de 1850, os filhos dos escravos começam a ser citados e, em 1871, é promulgada a Lei nº. 2.040, conhecida como Lei do Ventre Livre.

Segundo Cruz, Hillesheim e Guareschi (2005) referindo Silva Santos (2004), no século XIX, com a vinda da Família Real, foram trazidas preocupações de origem europeia, como o enaltecimento e valorização do trabalho. A partir disso, a infância começa a ganhar atenção e evidência, tornando-se foco de ações e intervenções públicas, pois as crianças significavam a futura mão-de-obra, que devia ser preservada.

Entre o final do século XIX e início do século XX, há uma preocupação em mudar o conceito desvalorizado do trabalho no Brasil, que era visto como ocupação de escravos e pessoas sem valor na sociedade. Para equiparar a valorização europeia, são introduzidas ideias higienistas e eugênicas (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005). Também nesse período, o Brasil passa por rápidas e importantes transformações decorrentes da urbanização. Com o crescimento desmedido da população nos centros urbanos, aumenta o número de doenças. Esses preceitos higienistas são usados para controlar as doenças e limpar a cidade, justificados pela preservação e segurança, criam-se ações voltadas às crianças pobres, com aconselhamento e punição às ações que infringiam essas regras de higienização (PASETTI, 1995 apud POLLETO, 2012).

No período do Brasil Império, o governo retira do meio social, as crianças que circulavam pelas ruas, pois causava desconforto à população. Com este objetivo, colocavam-nas em asilos, mantidos pelo governo imperial, lecionando-as aulas de ensino primário e profissionalizante. Ao final do século XIX, os higienistas introduzem o termo menor para denominar e categorizar estas mesmas crianças (POLLETO, 2012).

O século XX é caracterizado pela expansão do modo de produção capitalista, aumentando a população excluída e marginalizada. Gohn (1995) citado por Polleto (2012) diz que em 1922, o Estado brasileiro organizou o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, afirmando os asilos como o espaço do menor abandonado. Esses asilos foram tornando-se espaços similares a quartéis, sendo firmados como casas correcionais. Em 1923, foi criado o primeiro Juízo de Menores do Brasil e, em 1924, foi regulamentado o Conselho de Assistência e Proteção dos Menores.

No ano de 1927 é instituído o Código de Menores, marcando a criminalização da infância pobre, definida como “abandonada” e “delinquente”. Esse Código trouxe o início do

atendimento às crianças e aos adolescentes através de uma política específica, submetendo os adolescentes infratores ao internato e a liberdade vigiada (POLETTTO, 2012).

Em 1930, legitima-se uma política que destaca a família como elemento participativo no desenvolvimento da criança e do adolescente, e a sociedade como responsável por garantir direitos de proteção aos mesmos, tirando do Estado qualquer responsabilidade. Em 1940, o Governo Federal cria o Departamento Nacional da Criança. Em 1941, institui o Serviço de Assistência a Menores (SAM) com um caráter correccional-repressivo, para agir sobre considerados defeitos morais natos, adotando internações, assemelhando-se a um sistema penitenciário (POLETTTO, 2012).

Com o Golpe Militar de 1964, o SAM foi extinto e criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), com o objetivo de elaborar e introduzir, em todo o país a Política Nacional de Bem Estar do Menor (PNBM). As ações de prevenção da Fundação eram voltadas para a população em que os indivíduos menores de idade eram considerados sujeitos a um processo de marginalização, com o objetivo de garantir a ordem e a paz social. Muda-se o caráter repressivo para um modelo corretivo terapêutico-pedagógico, como forma de tratamento para reintegrar esse jovem na sociedade.

A partir do processo de abertura política, a PNBEM passa a ser alvo de críticas, sendo a FUNABEM identificada como uma “escola do crime”. O Estado é apontado como responsável por políticas/práticas de exclusão social, produzindo menores abandonados, em situação de rua e de risco (CRUZ, HILLESHEIM, GUARESCHI, 2005). Em 1976 foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para avaliar as denúncias de violência contra os menores.

Em 1979, ocorre a reelaboração do Código de Menores, que possuía duas versões, uma que incluía os dez princípios da Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1959, e outra versão, contrária, a qual foi aprovada. Esta nova versão do Código com uma visão mais terapêutica e/ou de tratamento relativa ao infrator, mas que não mudou as práticas dos estabelecimentos de internação. Introduziu-se o termo “situação irregular”, referindo-se a “privação das condições de subsistência, de saúde e de instrução, por omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por inadaptação familiar ou comunitária, e autoria de infração penal” (POLLETO, 2012, p. 06).

Em 1988, com a Constituição Federal, dá-se início à proteção da infância e adolescência, determinando no art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 128).

A partir disso, é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que refere-se a Lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Estabelece o direito da criança como prioridade e responsabilidade de toda a sociedade. Ela deve ser assegurada de seu desenvolvimento em todas as dimensões (BRASIL, 1990).

Essa perspectiva redireciona todas as questões relacionadas a esta população, tanto nas políticas públicas como nas decisões de ordem judicial. Ocorre um deslocamento na perspectiva de trabalho e visão frente às crianças e adolescentes. Se antes havia uma postura mais assistencialista e punitiva, agora volta-se para o cuidar, o proteger e o educar (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

É a partir dessa mudança da visão da criança como sujeito de direitos que surgem programas como o Primeira Infância Melhor em 2013, a Rede Nacional Primeira Infância, que lança o Plano Nacional Primeira Infância em 2010, entre outros, todos objetivando sensibilizar as práticas e olhares a essa população, para que se efetivem os direitos dos mesmos.

Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dela, planejou-se integrar as ações já existentes relativas à saúde na primeira infância, objetivando a promoção e a proteção da saúde da criança e o aleitamento materno, da gestação aos 9 anos de vida, através de “[...] cuidados integrais e integrados, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (BRASIL, 2015, s./p.)

3 METODOLOGIA

Neste item se descreverá as metodologias utilizadas para se atingir os objetivos da pesquisa. Desta forma, caracterizando-se o que a pesquisa contemplou, a descrição do perfil das entrevistadas, bem como o ambiente onde aconteceram as entrevistas. Ainda descreve-se como foi realizado o levantamento de informações, quais os recursos materiais utilizados, os procedimentos tomados no campo, como os dados foram analisados e as considerações éticas com que foram tratadas as entrevistadas e o material resultante das entrevistas.

3.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa contemplou uma revisão bibliográfica com base em documentos já elaborados sobre o acolhimento em saúde na primeira infância. Para isto, foi realizado um levantamento documental de informações sobre o conceito de acolhimento na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b), o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, culminando na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080 (BRASIL, 1988) e sobre a criança, resultando no Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990) e na recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015). A partir desta revisão construiu-se os caminhos da investigação, integrados com o problema e objetivos da pesquisa, conforme descrito a seguir.

Como metodologia de pesquisa, escolheu-se a do tipo qualitativa, pois é “um método de investigação em profundidade, no qual se busca investigar o fenômeno levando em conta suas dimensões espaço-temporais e do contexto” (GUARESCHI, 2010, p. 189). Desta forma, possibilitando um entendimento mais íntimo e global da realidade apresentada pelos sujeitos da pesquisa, neste caso, o acolhimento de crianças nos serviços de saúde.

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de campo que, segundo Gil, (2002, p. 53), é quando “a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo”. Deste modo, visando muito mais um aprofundamento das questões propostas no grupo determinado do que uma generalização do assunto.

Também considera-se como uma pesquisa-ação que, a partir de Thiollent (1985) citado por Gil (2002, p. 53), é uma forma de “[...] pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão

envolvidos de modo cooperativo ou participativo”. Assim sendo, objetivou-se de forma direta e/ou indireta contribuir para a resolução das conflitivas identificadas na pesquisa.

3.2 Caracterização dos participantes

Os sujeitos desta pesquisa foram mulheres-mães de crianças na faixa etária da primeira infância (0 a 5 anos). Seus locais de origem são bairros que possuem Estratégia de Saúde da Família de um município do Vale do Rio Pardo-RS, com maior vulnerabilidade social. Estas mulheres tinham faixa etária entre 16 e 39 anos, com número de filhos variando entre um e três, sendo que sete delas tem dedicação exclusiva ao lar e aos filhos e uma tem, além disto, trabalho externo. Suas escolaridades variaram entre ensino fundamental incompleto e ensino superior incompleto, sendo que a maior parte (seis entrevistadas) tinha entre fundamental completo e médio completo.

Buscou-se pesquisar cuidadores/responsáveis e encontrou-se mães. As oito entrevistadas foram mães que são responsáveis pelos cuidados diários de seus filhos. Elas serão denominadas ao longo do trabalho como mulheres-mães na tentativa de marcar que, antes de serem mães, são mulheres, desta forma, marcando o lugar da mulher não somente ligado a maternagem e reprodução, apesar de ser por onde elas aparecem nesse texto.

Estes sujeitos foram selecionados através da metodologia de amostragem *bola de neve*, que, segundo Vinuto (2014, p. 204), “mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais”.

Ainda segundo a autora, para a execução desta metodologia, inicialmente “lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral” (VINUTO, 2014, p. 203). O próximo passo é a solicitação de que essas pessoas-sementes indiquem outras pessoas que conheçam, dentro das características solicitadas e assim sucessivamente, até que se chegue ao número desejado de participantes ou a saturação do tema em estudo.

3.3 Caracterização do ambiente

O local onde foram realizadas as entrevistas foi a casa de cada participante. Foi acordado previamente com cada uma delas o horário e o local a serem realizadas as

entrevistas. Prezou-se sempre por um ambiente reservado, com o objetivo de respeitar as normas de sigilo e ética, para que as entrevistadas se sentissem confortáveis em falar sobre o tema da pesquisa.

3.4 Levantamento de informações

O levantamento de informações aconteceu em duas etapas. A primeira foi a construção do projeto da pesquisa, sendo realizada uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2002, p. 44) “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Deste modo, foi feito um levantamento documental de informações sobre o conceito de acolhimento, o histórico das políticas públicas de saúde e sobre a criança no Brasil.

O segundo momento foi a realização de entrevistas semiestruturadas. Segundo Fraser e Gondin (2004), a entrevista na abordagem qualitativa, é uma produção de um discurso compartilhado pelos atores da pesquisa: pesquisador e participante. Ainda segundo estes autores, quando se privilegia a fala dos atores sociais, permite-se “[...] atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem [...] a si, aos outros e ao mundo circundante” (FRASER, GONDIM, 2004, p. 104). Assim sendo, através da escolha deste instrumento, pode-se conhecer e construir opiniões, crenças, valores e significados que as pessoas atribuem ao acolhimento em saúde na primeira infância.

Previamente foram estabelecidas algumas questões orientadoras/desencadeadoras (APÊNDICE B). De acordo com o andamento da entrevista e de cada sujeito entrevistado, algumas questões foram subtraídas ou acrescentadas, objetivando o melhor conhecimento e construção acerca das suas percepções sobre o tema em estudo.

Também foi feito uso da técnica “diário de campo” que, segundo Minayo (1996) citada por Frizzo (2010, p. 169), é “uma estratégia de registro de dados, onde o pesquisador coloca suas percepções, angústias, questionamentos e informações, tornando-se um “amigo silencioso” que não pode ser subestimado quanto à sua importância”.

A importância do uso dessa técnica dá-se quando o pesquisador a utiliza para, além de registrar suas observações, mas também suas ideias, questionamentos e pensamentos. Entende-se que, além das produzirem questões que o pesquisador leva ao campo, o campo também permite que as teorias sejam repensadas (FRIZZO, 2010).

3.5 Recursos materiais

Foram utilizados como recursos materiais nesta pesquisa: notebook, bloco de anotações, caneta, impressão de material, passagens de transporte coletivo municipal e gravador de voz.

3.6 Procedimentos de campo

Para iniciar os procedimentos de campo, partiu-se de uma pessoa conhecida a partir da vivência no campo, com o perfil necessário para a pesquisa (cuidador/responsável de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos), e então foi realizado um convite para a participação na mesma, com uma explicação sobre os seus objetivos e justificativas. Logo após, foi agendado um horário de acordo com a disponibilidade das entrevistas.

Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para que estes conhecessem seus direitos. Neste momento, também foram reiterados os objetivos e a justificativa da pesquisa e os procedimentos utilizados na mesma. Além disso, foram destacadas as questões de sigilo e ética, que foram mantidos com todas as participantes em todos os procedimentos e etapas do processo. Afirmou-se que a qualquer momento que, caso a entrevistada se sentisse incomodada com as perguntas, poderia solicitar a interrupção, se sentisse a vontade, retomaria-se o processo, caso não, encerrava-se. Após a conclusão da entrevista solicitava-se a indicação de outra pessoa que com as características.

3.7 Análise das informações/dados

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, associada com a descrição e análise de conteúdo obtidos por meio das entrevistas individuais realizadas. A partir de Campos (2004, p. 612), “a técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifesto”. Categorizando os conteúdos resultantes das entrevistas, visualizando tanto no campo objetivo, no que se mostra explicitamente, quanto no campo simbólico, o que está implícito na mensagem.

Ainda segundo este autor, como conjunto de técnicas, a análise de conteúdo, utiliza a comunicação como ponto de partida, sendo sempre realizada a partir da mensagem e objetivando produzir inferências, embasando as mensagens com pressupostos teóricos e situações concretas de seus produtores e/ou receptores. Nesta perspectiva, um dado sobre conteúdo de uma comunicação só tem valor quando vinculado a outro, e esta vinculação representará alguma

forma de teoria, implicando pelo menos uma comparação, pois a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é considerada de pouco valor. Desta forma, com o cuidado na elaboração e construção metodológica, buscou-se analisar o conteúdo das entrevistas para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

3.8 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC, por meio da Plataforma Brasil. Após a aprovação, foi realizado o levantamento das percepções das mulheres/mães através de entrevistas semiestruturadas.

As gravações serão inutilizadas após o material ser transcrito e este ficará sob a guarda da pesquisadora por cinco anos. Neste relatório da pesquisa constam somente dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar os participantes. Ficando assim, assegurado o caráter sigiloso.

Foi informado aos participantes que, em caso de desistência da participação na pesquisa, o desligamento poderia ser solicitado à pesquisadora em qualquer etapa do processo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com base nos dados coletados nas entrevistas foi realizada análise de conteúdo, que tem como intuito encontrar respostas às questões formuladas (GOMES, 2002). Deste modo, organizou-se categorias em resposta aos objetivos da pesquisa, que são demonstradas no quadro abaixo, com a finalidade de melhor visualizar o alcance da mesma.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Categorias
Compreender como as mulheres-mães percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância em um município do Vale do Rio Pardo-RS.	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar as políticas públicas de saúde relativas à primeira infância. 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas públicas em saúde - Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil - Humanização e acolhimento - Primeira infância - Histórico acerca dos direitos da criança no Brasil
	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar quais elementos influenciam na construção do vínculo entre as mulheres-mães e os trabalhadores dos serviços de saúde de um município do Vale do Rio Pardo-RS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construindo relações: cuidado constante - Omissão do cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> • Problematizar as práticas de acolhimento que ocorrem nos serviços de saúde de um município do Vale do Rio Pardo-RS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puericultura: acolher para cuidar integralmente - “Fazer o bocão”: as tensões e embates nas relações - Percursos pela rede atenção - Acolhimento como postura ética transversal

Tabela 01: Relação entre objetivos e categorias da pesquisa

As categorias referentes à análise das Políticas Públicas de Saúde relativas à primeira infância já foram abordadas previamente, na fundamentação teórica deste trabalho. As demais categorias estão organizadas da seguinte forma: em “Construindo relações: cuidado constante” disserta-se sobre o fazer cotidiano do trabalho em saúde como espaço de construção de relações de confiança; ao falar em “Omissão do cuidado” propõe-se pensar sobre práticas em saúde que não estão sendo efetuadas e os motivos para tal falta; em

“Puericultura: acolher para cuidar integralmente” conta-se sobre o acolhimento nesse momento de acompanhamento do desenvolvimento e a importância de pensar todas as possibilidades do cuidado em saúde; já na categoria ““Fazer o bocão”: as tensões e embates nas relações” discorre-se sobre as formas de diálogo e a necessidade de uma maior integração entre usuários e profissionais; em “Percurso pela rede atenção” aborda-se a trajetória, os caminhos de cuidados percorridos pelas mulheres-mães e sobre a responsabilização desse cuidado em um trabalho em/na rede; finaliza-se esta análise dissertando sobre “Acolhimento como postura ética transversal” onde marca-se a importância de que o ato de acolher faça-se presente em todos os encontros de saúde.

Importante ainda explicitar que, devido ao compromisso de sigilo estabelecido com as entrevistadas, suas falas, obtidas através das entrevistas, serão identificadas com o termo “entrevistada” seguido de um número, escolhido a partir da ordem de realização das entrevistas. Os nomes citados nos trechos das entrevistas são fictícios, para garantir o contrato/combinado ético de não identificação das entrevistadas. Com este mesmo objetivo, foram suprimidas algumas falas e substituídas por [...], também com a pretensão de garantir um melhor entendimento da fala, que em alguns momentos fica repetitiva, pelo processo de organização do pensamento, facilitando assim a compreensão e leitura. Assim, buscar-se manter o foco no tema discutido, porém garantindo a não alteração do sentido das mesmas, mantendo e preservando o que foi dito em sua forma literal.

Com o objetivo de resguardar o anonimato dos serviços de saúde citados nas entrevistas, quando as entrevistadas se referirem ao nome do local, optou-se ocultá-los e substituí-los por uma identificação por tipo de serviço, sendo estes, Estratégia Saúde da Família (ESF), Hospital e/ou Serviço Especializado de Pronto Atendimento (SEPA).

4.1 Construindo relações: cuidado constante

O vínculo entre usuários e profissionais estabelece e fortalece relações de confiança, melhorando assim, os processos de produção de saúde, como resolubilidade nos atendimentos, adesão ao tratamento, acolhimento das necessidades singulares (GUERRERO et al, 2013). Para Cecílio (2009), é imprescindível pensar a construção dessas relações (a)efetivas entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, considerando o vínculo enquanto um lugar de referência, “[...] algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário [...]”, a quem se estabeleça “[...] uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (p. 119).

A partir das entrevistas, pode-se apontar que a construção do vínculo está diretamente ligada, está imbricada com o acolhimento, com a humanização do cuidado no dia a dia e com o entendimento do funcionamento da rede de atenção em saúde, visto que, as entrevistadas relatam ter uma boa relação com os profissionais. Entretanto, estas mostram-se, por vezes, muito chateadas quando percebem que os mesmos não fazem o seu trabalho da forma como elas consideram adequada.

[...] demoram pra atender e quando atende ainda parece que não tem vontade de atender direito a gente (Entrevistada 5).

A entrevistada 5 diz que essa falta de vontade, que aparece no momento da puericultura, que se refere ao acompanhamento periódico do crescimento da criança (BRASIL, 2004a). Este é o único problema que vê no atendimento da Estratégia Saúde da Família que está referenciada, mostrando uma questão específica com o modo que é acolhida no serviço, que faz com que a relação com essas profissionais não seja um vínculo “bom de cuidado”.

Outra questão que pode ser considerada na constituição das relações é que o vínculo é uma constante construção, e que, para se estabelecer, é necessário o entrelaçamento das duas partes envolvidas, ele não pode ser construído somente por um lado, é um laço que precisa ser amarrado, um elo que precisa ser fechado em seus dois lados. E esse elo é uma rede de relações que exige constante interação, troca e diálogo para que se (a)efetivem os processos de produção de saúde (BRASIL, 2010a).

[...] quando a gente chega no posto, tem vezes que elas tão de bom humor, daí eles te tratam mil maravilhas. Mas quando tu chega lá que eles tão reinando, guria de Deus, tu fala uma coisinha, eles aumentam pra falar com a gente, eles enchem de coisas. Eu digo: se eles me tratarem bem, eu trato no bem, mas se jogar as patas pra cima de mim, eu sou pior ainda. (Entrevistada 4)

Como eu posso te dizer... atendimento, como existe a lei onde a gente não pode ferir com palavras, mas então eles meio que se tomam posse dessa lei, que é a favor deles, daí eles acham que, de um modo geral, não só comigo, assim, de um modo geral, acham que eles podem... agem como querem. As pessoas já chegam ali cansadas, com receita, eles empurram a receita lá pra não sei que dia, coisas assim, que às vezes a gente tá ali a gente vê que acontece. Coisas que poderiam não existir se cada um fizesse a sua parte, assim, sabe? (Entrevistada 1)

[...] quando é bem mais próximo, quando é bem mais conhecido o tratamento é melhor, tudo é melhor. Não existe uma fila. Não existe um tempo de espera. [...] É, que eu acho que tinha que ser imparcial pra todos, independente de ser conhecido ou não, o atendimento é o mesmo, porque é um lugar público né, não é um lugar privado, então acho que tinha que ser igual pra todos. (Entrevistada 1)

A partir destes relatos, pode-se pensar o vínculo como via de mão dupla, pois precisa ser construído nos/pelos dois lados envolvidos. Nota-se que é considerado por algumas entrevistadas a importância do respeito mútuo, elas precisam sentir-se acolhidas para poder estabelecer relações acolhedoras, afetivas. Guerrero et al (2013, p. 136) fala sobre a reciprocidade na relação que se estabelece entre o serviço, seus profissionais e o usuário: “[...] o modo como o usuário é atendido possui um efeito direto no modo como o usuário trata os profissionais de saúde”. Deste modo, considera-se necessário pensar a acolhida tanto do trabalhador/serviço com o usuário, quanto ao contrário.

[...] O primeiro banho foi horrível, assim. Claro eu entendo que o hospital tava transbordando de mulher, sabe, eu entendo isso. Eu compreendo que são todos seres humanos fazendo seu papel ali, mas eu acho que lá ela já ficou resfriada, porque durante a noite que eu tava com ela, ela já tossia. (Entrevistada 1)

As entrevistadas, em geral, consideram o “superatarefamento”, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, e mostram-se compreensivas durante as entrevistas, pois citam a importância de elas mesmas terem bom senso e saber quando suas questões podem esperar, para que se resolva algo mais grave. Acredita-se que esse fato possa ser significativo na constituição desse vínculo, pois é entendido pelas mulheres-mães que, por vezes, os profissionais não estão em disposição e não estão tendo as condições de/para fazer o trabalho preconizado.

Deste modo, aponta-se que o ato de acolher é fundamental na construção do vínculo, pois perceber-se que os mesmos são estabelecidos e fortalecidos em uma construção diária, a partir da constituição de uma relação de respeito e confiança nos “entres”, nas trocas, nos espaços de produção de cuidado em saúde, nos nós da rede de atenção. E que, essas amarras, não somente auxiliam nos processos de produção de saúde, ela também constituem a saúde e o cuidado em si.

4.2 Omissão do cuidado

Outro fator que influencia na construção do vínculo aparece nas situações em que as entrevistadas percebem que os profissionais não fazem o seu trabalho como elas entendem que é preconizado. É relatado por elas como uma omissão das práticas de cuidado.

[...] a mulher do posto não queria dar porque ela tava sozinha, tava sem ninguém, e ela tinha medo de dar nele a vacina, e ela me encaminhou pro [SEPA], me mandou ir no [SEPA], pra tentar ver se eles davam nele. Daí lá no [SEPA] me mandaram de

volta por causa que elas disseram que já tinham voltado, regulado, os postos, então era pra mim levar no posto onde eu era atendida, pra ele tomar então, no caso, a vacina. E eu voltei no posto e ela não deu. (Entrevistada 7)

[...] esses dias tinha pediatra [...] e a Bruna tava com uma alergia, umas alergia bem estranha que vinha e voltava e que tava dando febre. E eu cheguei ali... eu não vi que ela tava com febre, e a médica não quis atender porque tinha muita criança, e eu levei ela no [SEPA] [...] e a enfermeira lá pegou e disse que não pode, que a médica tem que atender, tendo cem crianças, tem que atender. E ela tava com febre, chegou lá, eles mediram e ela tava com 38. (Entrevistada 6)

A entrevistada 6 relata ainda que somente falaram que sua filha não poderia ser atendida, pois não havia agendado consulta, e que não indicaram que ela fosse a outro lugar consultar ou que agendasse para outro dia. Ela chegou quase uma hora antes do horário em que o serviço abre, na tentativa de conseguir uma consulta para sua filha, mas não houve possibilidade.

A partir desses relatos, pode-se pensar essa omissão de práticas de cuidado, levando em consideração alguns aspectos. Um deles é a falta de capacitação dos profissionais, que é uma responsabilidade da gestão/institucional, neste caso, exemplificado por uma técnica em enfermagem não sentir-se apta para vacinar uma criança. Outro fator é o entendimento da importância das medidas antropométricas no acompanhamento do crescimento das crianças.

A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004, p. 3).

Deste modo, faz-se necessário considerar a importância da disponibilidade de uso das tecnologias que são o recurso instrumental, o conhecimento técnico e as ações acolhedoras. Quando não se puder ofertar as duas primeiras (pensando em entraves de demanda programada), o uso da terceira é imprescindível. Essa ação acolhedora pode ser um encontro produtor de saúde, pois mesmo que não se possa resolver a necessidade da pessoa naquele momento, ainda é possível acolhê-la fazendo um direcionamento do caminho dela na rede, responsabilizando-se pela sua demanda e pelo encaminhamento da mesma.

Dito isso, pode-se apontar a organização do fluxo dos serviços da rede de saúde e o entrosamento da mesma como outro aspecto importante, pois percebe-se um serviço “mandando” as mulheres-mães para o outro. O documento “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, produzido pelo Ministério da Saúde, ao descrever o papel da equipe de atenção básica de saúde na atenção à criança, aponta

como ideia central atuar em todas as oportunidades de produzir cuidados em saúde, sejam elas de assistência, prevenção e/ou promoção, garantindo a vinculação e a responsabilização sobre a continuidade da atenção (BRASIL, 2004a).

É compromisso/dever dos profissionais ofertar as diferentes tecnologias - leves, leveduras e duras (MERHY, 1997) -, capazes de melhorar e prolongar a vida. Para Cecilio (2009, p. 119), que compartilha a ideia de Campos (1992) “[...] o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive”. Deste modo, não se deve hierarquizar as tecnologias, pois sua importância precisa sempre estar de acordo com a questão recebida no momento e, partir disso, pode-se dispender os seus usos em maior ou menor grau (CECILIO, 2009).

4.3 Puericultura: acolher para cuidar integralmente

A puericultura é um compromisso fixo que a rede de atenção à saúde tem com a criança. É um acompanhamento periódico, de rotina, onde se realiza uma avaliação integral da saúde da mesma, sendo de responsabilidade de todos os profissionais do serviço. A partir deste encontro entre cuidadores e técnicos, objetiva-se “[...] estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno” (BRASIL, 2004a, p. 24-25).

Este acompanhamento é mencionado nas entrevistas como o maior contato que as mulheres-mães têm com as equipes das Estratégias Saúde da Família (ESF). Para o registro desse acompanhamento, é necessário o correto preenchimento das informações na Caderneta de Saúde da Criança, durante todas as consultas. Porém é algo que não acontece em todos os casos (BRASIL, 2012).

Não fazem, não medem, não pesam. Daí fica assim, elas só pedem se eu sei o peso dele, eu digo “sei” e elas pegam e anotam o nome dele e chamam, e a pediatra chama e olha o caderninho e não tem nada escrito. [...] é uma coisa que não custa nada, se elas tão fazendo com todas as outras crianças, porque ele não pode? Daí no caso acaba as outras crianças, todas eu vejo elas chamando pras mães levar pra pesar, eu só dou vacina nele porque eu saio dali dizendo “ó ele tem que tomar essa vacina”. Elas não pegam o caderninho dele pra olhar se ele precisa tomar alguma vacina então é eu que tenho que tá toda hora falando daí. Como aconteceu da última vacina que ele não tomou e se eu não der até dois anos ele não pode mais tomar. (Entrevistada 7)

É tranquilo, é só chegar, só que as vezes tem que esperar dois anos até eles te atenderem, daí eles pesam, tiram a roupa da criança e é tranquilo ali assim. Só que

o que eu acho estranho é que eles não têm muita, tipo, como é que eu vou dizer, eles não se enturmam muito assim no caso de... ai, como é que eu vou explicar... tipo, eles não tem vontade, porque na hora que tu chega lá eles não gostam que tirar a roupa pra criança porque demora muito, ou eles tem preguiça de, se der por exemplo, que marcar que da última vez deu uma certa medida, eles tem preguiça de pegar, pesar e medir de novo pra ver se deu uma diferença, ou a mesma coisa. Mas no mais é bom. (Entrevistada 5)

Entrevistadas usuárias de uma mesma ESF mencionam que as profissionais responsáveis pela coleta das medidas antropométricas (peso e altura), nestes casos, as técnicas em enfermagem, tem “preguiça” de fazê-lo, ou, por vezes, não o fazem e não registram o crescimento da criança na caderneta. A puericultura pode ser a principal forma de acolher está criança na rede de atenção a saúde, e, em alguns casos, parece ser onde ela está falhando. Esta falha podendo ser pela dificuldade de comunicação existente entre trabalhadoras e usuárias, bem como pela falta de capacitação, de conhecimento das Políticas Públicas, seja pelas técnicas que operam diretamente o cuidado seja pela gestão que deve apoiar na implementação destas Políticas.

Ao realizar uma escuta das necessidades de saúde trazidas pelo usuário, é importante que o profissional consiga ter o compromisso e a preocupação de fazê-la da melhor forma possível, visando à compreensão das necessidades apresentadas ou implícitas em demandas específicas (CECILIO, 2009). Assim sendo, deve-se objetivar o não reducionismo, mas sim, a ampliação de possibilidades, tem como horizonte a integralidade, visando todos os aspectos, singulares e múltiplos, possíveis e passíveis de cuidado em um sujeito.

Para Ayres (2009), a integralidade e o cuidado só podem ser pensados juntos: o cuidado só pode ser integral, assim como a integralidade só acontecerá no cuidado. Desta forma, a escuta das necessidades deve servir como base desse cuidado, visualizando todos os aspectos, e a partir do enfoque no todo, enriquecer as finalidades, tanto nas situações de promoção, proteção e recuperação da saúde que estão atravessadas nas situações concretas de saúde-doença-cuidado, quanto nos diferentes níveis de atenção, nos agenciamentos de uso das diferentes tecnologias. Ainda segundo este autor,

[...] é preciso ter claro que se a linguagem é ato, é encontro, não haverá reconstrução de expressões de necessidade, redefinições de finalidades e de articulação de recursos sem transformações nas interações entre os sujeitos. Não há busca de integralidade que não chegue, por um caminho ou por outro, à necessidade de enriquecer o diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde: entre profissionais e usuários e de profissionais entre si. Por isso, não se consegue pensar em integralidade sem considerar o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, sem considerar o diálogo como seu fundamento, em qualquer plano em que se o analise, da macroesfera da constituição do Estado à microesfera do ato terapêutico (AYRES, 2009, p. 13).

Portanto, o encontro entre sujeitos é o espaço onde pode acontecer uma mudança significativa na atenção em saúde. Deve-se apostar nesse lugar para que se consiga exercer o cuidado integral, com a reconstrução dessas relações e dos modos como os diálogos acontecem, visando a (a)efetividade do cuidado.

Sendo a puericultura um compromisso periódico entre essas mulheres-mães e os profissionais de saúde, há de se pensar na transformação nas interações que aí acontecem. Apostando no diálogo como ferramenta da produção de cuidados em saúde, onde os dois lados se escutam e valorizam as informações compartilhadas, tentando sempre considerar e compreender a crença do outro, há de se conseguir uma considerável otimização nesse cuidado. Quando profissionais sentirem-se mais implicados, vislumbrando a importância desse momento no acompanhamento das crianças e no vínculo com as mulheres-mães, as mesmas poderão sentir-se mais acolhidas, poderão valorizar mais os cuidados preconizados e orientados pelos profissionais.

4.4 “Fazer o bocão”: as tensões/embates nas relações

Algumas entrevistadas relatam que para conseguir um atendimento em saúde para seus filhos fazem uso de certa imposição. Contam que depois dos profissionais serem cobrados, de ser feito o “bocão” – como por elas é chamado – é que as “coisas funcionam”.

Olha, eu mesmo que tu me diz que não, eu vou insistir até o final, uma vez eu fui no posto, aqui, e numa quarta-feira, e eu não tinha marcado consulta pro Pedro, não tinha marcado. E eu cheguei ali, eu disse “eu quero consultar com o nenê porque ele tá ruinzinho”. Aí “ah, mas tu tinha que ter marcado”, “eu não sabia que hoje ele ia ficar doente. Eu não sabia, se eu soubesse, eu nem ia deixar ele ficar doente se eu soubesse disso”, “aah mas”, “não, daqui eu não vou sair”, e fiquei esperando pra me encaixarem. Não tive problema, como que me encaixaram daí? Porque eu bati o pé e disse que não ia sair dali. (Entrevistada 3)

[...] tu me acredita que ela esperou todo aquele tempo da hora da senha, de tudo, pra elas olha pra cara da guriuzinha e dizer que ela não tinha marcado, “então leva lá no [SEPA]”. Naquele calorão, tu tem noção, daquele calorão que tava ontem, a mulher sair do posto pra levar no [SEPA]? Aquilo ali eu achei um absurdo! Eu não saio! [...] eles viram que dali eu não ia sair e ontem a Amanda saiu. Ô, se tu tá atendendo 10 crianças, se tu já tá nas 10, o que que custa tu atender uma outra que tá ruim de verdade?” (Entrevistada 3)

Para pensar esses impasses, deve-se levar em consideração os aspectos organizativos da equipe e de seu processo de trabalho. Quando a entrevistada 3 fala que pode sim atender mais

um, deve-se apontar que esse serviço está trabalhando com demanda programada nas consultas com profissional especialista em pediatria, não se comprometendo a atender a demandas espontâneas que ocasionalmente possa receber.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer (MATTOS, 2009, p. 61).

Como mencionado por Mattos (2009), para garantir a integralidade do cuidado, o diálogo entre essas demandas – espontânea e programada – deve ocorrer. Uma possível alternativa é analisar as necessidades do grupo populacional, e, a partir disso, realizar uma negociação/equilíbrio entre as demandas, e ponderar os casos que são possíveis atender, seja pelo profissional especialista, seja por outro profissional. Essa alternativa pode ser pensada para que não ocorram mais situações desgastantes como esse embate relatado pela entrevistada 3. Sendo assim, considera-se fundamental apontar, como uma das dimensões constitutivas desta prática, acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso sendo “a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos” (BRASIL, 2013, p. 22).

Deste modo, considera-se importante pensar a integralidade no diálogo entre profissional e usuário na negociação desse atendimento, e integralidade enquanto processo da equipe em poder agenciar essas demandas. Flexibilidade em pensar esse processo de produção em saúde, porque elas já constatarem que para algumas pessoas é possível “flexibilizar”.

Outra questão que deve ser considerada é que, mesmo que não se possa atender essa criança no serviço, mesmo que não seja obrigação da ESF dar conta da totalidade das crianças que necessitam de atendimento, é preciso ser explicado para essas mulheres-mães o funcionamento e fluxo da rede. Esta ação também faz parte do trabalho voltado para o cuidado em saúde. Visto isso, enfatiza-se que faz parte do ato de acolher, dar uma resposta a demanda do usuário. Caso não se possa ofertar o atendimento clínico propriamente dito, deve-se orientar sobre quais caminhos percorrer no sistema, informando sobre seus direitos em relação aos serviços de saúde (GUERRERO et al, 2013).

Também foram relatados pelas entrevistadas dois casos que visitadoras do programa Primeira Infância Melhor (PIM), que acompanham o desenvolvimento das crianças, se dirigiram até a ESF para saber informações. Em uma das situações uma vacina não havia sido feita e o crescimento da criança não estava sendo acompanhado em puericultura, depois de a visitadora ir até a ESF, a vacina foi feita e a puericultura foi retomada, porém a mulher-mãe ouviu muitas reclamações da equipe por isso, como se ela não estivesse preocupada o suficiente com os cuidados com a criança.

Em outro caso, a mulher-mãe relata estar esperando mais de um ano para marcação de um exame para sua filha, que é uma criança com deficiência (sendo assim, um caso prioritário) e, sempre que ia à ESF perguntar sobre a situação da solicitação do exame, a orientavam ir para casa esperar, pois ligariam quando fosse agendado. Ela relatou essa situação para a visitadora do PIM que acompanhava sua filha, que foi à ESF informar-se, porém, ninguém encontrou o encaminhamento, ele havia sido extraviado e nunca chegaria a central de marcações.

Acrescenta-se a esses acontecimentos, relatos de entrevistadas que dizem ter medo de questionar as condutas dos profissionais, que não sabem se podem fazê-lo, ficam em dúvida sobre poder falar alguma coisa, pois dizem não conhecer seus direitos. Outra questão impactante que aparece é que quando esses problemas (longa demora na marcação de exames, não realização de atendimentos e procedimentos padrões), que acontecem na ESF, chegam a outros serviços de saúde por meio dessas mulheres-mães, seja em situações de desabafo/indignação ou na busca de atendimentos “negados”, elas são xingadas, aparentando que as ESF’s não querem ter seus problemas expostos. Tais episódios dificultam ainda mais a construção da relação e de um bom vínculo entre o serviço e a população.

Dito isto, pode-se notar uma tensão nessas relações. Deve-se considerar que esse embate pode dificultar o acesso dos usuários aos cuidados em saúde, bem como, a pressão e sofrimento dos profissionais da saúde explicitado no modo como tratam e são tratados, pois como já citado, o acolhimento deve acontecer na relação, no “entre”, na duplicidade.

Segundo Guerrero et al (2013), a partir da humanização, uma das mais significativas mudanças desencadeadas no SUS é a proposta de uma maior integração na díade profissional-usuário. Assim, objetiva a construção de “[...] vínculos e relações [afetivas] de cooperação e corresponsabilidade na consolidação do sistema”, bem como “tem implicado na transformação e na reestruturação [...]” (p. 135) do modo como os integrantes desse processo tem se comunicado, ampliando as possibilidades de diálogo, proporcionando resolubilidade

nos atendimentos e acesso/troca às/de informações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

4.5 Percursos pela rede atenção

A construção de caminhos singulares de cuidado aparece como questão inicial deste trabalho, quando percebeu-se o que as mulheres-mães, de uma mesma área de Estratégia de Saúde da Família, buscam, para a atenção em saúde de seus filhos, serviços diferentes, por vezes justificando isto pelo modo como são acolhidos. Quando indagadas sobre quais os serviços que mais usam e porque o fazem, algumas entrevistadas demonstram ter entendimento da organização da rede de cuidados em saúde, da hierarquização dos serviços, da verticalidade da atenção.

O [SEPA] eu uso quando não tem como ser atendida, no caso, ali no [ESF] né? Porque muitas vezes tá fechado ou é de noite ou porque a pediatra não pode me atender, daí eu vou pro [SEPA] com o pequeno porque ele tá muito ruinzinho, [...] quando ele não tem como ser atendido no posto (Entrevistada 7)

[...] o posto por ser perto de casa e porque não teria nenhuma necessidade de levar eles pro [SEPA], já que é por ser algo mais grave o [SEPA]. (Entrevistada 1)

Porém, em algumas situações pode-se notar os serviços encaminhando essa mulher-mãe como quem passa um problema adiante: serviço especializado dizendo que isso é trabalho da atenção básica, e este último dizendo que não “dá conta” e mandando pro serviço especializado de pronto atendimento. Se há dificuldade de esclarecer as regras, o fluxo, os caminhos dessa rede entre os próprios trabalhadores e serviços, há de se considerar que para os usuários isso fica ainda mais difícil.

Vista esta dificuldade, deve-se apontar que o acolhimento se dá também de profissional para profissional, na construção da rede de cuidado e apoio entre serviços, pois cada trabalhador deve articular “[...] sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde, de fato, e uma rede de apoio social por onde caminha a criança/ família, funcionando em seu benefício” (BRASIL, 2004b, p. 48).

Ao pensar nesses caminhos que vão sendo trilhados, de forma singular por cada mulher-mãe, deve-se considerar que todas relatam gostar muito do Serviço de Pronto Atendimento Especializado à Infância, pela forma que são atendidas, que os profissionais têm “jeito” para

atender as crianças. Outro fator que pode influenciar essa valorização é o fato de atenderem por demanda espontânea (ambulatorial), elas não saem de lá sem serem atendidas. Na ESF há uma organização de demanda programada no atendimento especializado a esse público. Quando se pensa na integralidade do cuidado, há de ter um tempo organizado e disponível para fazê-lo.

Entretanto, mesmo que não tenha a possibilidade de dispender do atendimento com o profissional especializado, é importante que se disponha uma escuta das necessidades de saúde por outro(s) profissional(is). No entanto, segundo Franco e Magalhães Jr (2004), o modelo assistencial vigente é o médico hegemônico, desta forma, conformando o fluxo assistencial da atenção básica voltado para a consulta médica, sendo comum que um usuário se sinta acolhido em sua demanda somente após passar por atendimento clínico com o profissional médico. Ainda segundo os autores “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades” (p. 4). Este processo de trabalho necessita de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde, pois se a mulher-mãe leva a criança até a ESF e o médico não pode atender, algum outro profissional poderia acolher, prestar um atendimento, um cuidado em saúde.

O acolhimento enquanto dispositivo de (re)organização dos processos de trabalho em equipe é uma das dimensões constitutivas desta diretriz.

Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013, p. 22).

Desta forma, torna-se necessária a ampliação a capacidade clínica da equipe de saúde, para que se possa escutar de forma integral, reconhecendo riscos e vulnerabilidades, e, a partir de então realizar e/ou acionar intervenções que se considerarem necessária. Contudo, não somente deve-se pensar no acolhimento e na integralidade do cuidado como propósito focado dentro de cada “atendimento”. É necessário entender que a integralidade também é objetivo de rede. A escuta das necessidades de saúde, múltiplas e singulares de cada pessoa, e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários deve ser feita em todos os

serviços, mesmo naqueles em que se tenha contato pontual, onde se busca somente um atendimento especializado e específico (CECILIO, 2009).

Para pensar-se a rede tecendo a integralidade, pode-se usar a ideia de Cecílio (2009, p. 123-124), chamando-a de “integralidade ampliada”, onde a

[...] articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra.

Deste modo, é imprescindível pensar/exercer a integralidade em todas as ações, acontecendo transversalmente, como objetivo de cada serviço do sistema de saúde. Nessa perspectiva, é necessário entender que o cuidado com o usuário é de responsabilização do sistema, e não somente do serviço que ele está acessando naquele momento, desta maneira, acolhendo toda a trajetória do sujeito dentro da rede de atenção, no seu percurso pelos serviços, e não apenas no momento em que estão dentro dos mesmos.

4.6 Acolhimento como postura ética transversal

As práticas de acolhimento mudam conforme os serviços, pois elas acontecem de acordo com cada profissional que as executa e com a organização e funcionamento de cada equipe. Todas as entrevistadas relatam gostar da forma que são acolhidas e da assistência do serviço de pronto atendimento especializado a infância, em todos os aspectos. Já no hospital e nas ESF's elas relatam problemas com profissionais específicos. Detalhes importantes na (des)humanização das práticas de cuidado que marcam os relatos intensos dessas mulheres-mães.

[...] eu tava sentada no chão, [...] quando vê ele olhou pra minha cara e fez uma cara de, tipo, “teu filho não aguentou”. Ele e a enfermeira. Quando ele chegou mais perto, quando ele chegou em cima de mim que eu olhei pra ele e disse assim “não me diz, meu filho não morreu”, ele olhou pra minha cara e disse assim “calma, mãezinha, seu filho foi medicado, ele tá bem”. Mas quase que eu enfartei, no caso, né. Quando ele me sai com aquela cara, tipo “teu filho não aguentou”. Mas fora isso, fomos muito bem atendidos. (Entrevistada 3)

[...] daí a gente ficou bem apavorado assim, a gente não sabia o que era, o que ela tinha, se era um problema de coração. A gente começou já a suspeitar de um monte de coisa. [relatando como se sentiu quando realizaram vários exames em sua filha sem lhe explicarem o motivo] (Entrevistada 1)

Duas vezes. Quando ela falou isso pro meu esposo, eu chamei e disse que eu achava um absurdo o que ela tava fazendo e depois eu chamei de novo e disse que eu não queria mais ser atendida por ela, porque é o jeito como ela tava falando com o meu filho e eu não ia aceitar né? Porque se não quer atender a criança então eu não acho bom a pessoa tá daquele jeito falando com a mãe da criança [...] se a criança tá doente, então explica, se explica melhor, mas não fala um palavrão né? [relatando duas situações que ocorreram com a mesma profissional, onde ela foi maltratada, comunicou o ocorrido a chefia, que trocou a profissional que atendia]. (Entrevistada 7)

Nestes três relatos as entrevistadas contam com indignação a forma como foram atendidas, considerando que uma expressão facial e/ou poucas palavras podem fazer grande diferença nas práticas de saúde. Deste modo, faz-se necessário apontar que tanto o acesso às informações quanto o modo como elas são transmitidas são fundamentais no processo de produção da saúde. O diálogo e a comunicação como interação humanizada devem ser considerados substanciais neste trabalho. Nesse sentido, “[...] a rede de atenção à saúde constitui uma rede de conversações que permeia todos os momentos do encontro trabalhadores-usuários e os fluxos de atenção” (GUERRERO et al, 2013, p. 135). Ao apostar no encontro por si só como produtor de saúde, dando maior ênfase a uma abordagem relacional, colocando o diálogo de forma central nas práticas cotidianas, integra-se os diferentes sujeitos presentes, articulando diferentes espaços de circulação e a ampliação das possibilidades de transito por essa rede (GUERRERO et al, 2013).

A proposta de uma maior integração entre trabalhador e usuário é uma das mais significativas mudanças desencadeadas no SUS a partir da humanização e do acolhimento. Essa integração visa à construção vínculos e relações de cooperação e corresponsabilidade na consolidação do sistema e na transformação e reestruturação do modelo comunicacional estabelecido, ampliando as possibilidades de diálogo entre os profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (GUERRERO et al, 2013). O complexo encontro entre esses atores requer que se pense o acolhimento não somente como uma ação pontual, isolada e fragmentada dos processos de produção de saúde (ROMANINI, 2016). Desta forma, é fundamental pensar o acolhimento não somente enquanto prática, mas como postura ética transversal em todos esses encontros de cuidado, em todos os momentos deste processo, como uma manifestação proativa.

Segundo Romanini (2016, p. 57) o acolhimento “trata-se de uma diretriz ética porque se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo nas suas

diferenças, em suas dores, seus modos de viver, sentir e estar na vida”. Uma das dimensões constitutivas do acolhimento é pensá-lo como uma postura, uma atitude e uma tecnologia de cuidado, onde ele se encontra

[...] centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras (BRASIL, 2013, p. 22).

Além disso, o acolhimento pode ser um facilitador da continuidade e da redefinição dos projetos de cuidado dos usuários, principalmente quando procuram o serviço de saúde fora das atividades agendadas (BRASIL, 2013). Desta maneira, o acolhimento como postura presente nos encontros produtores de saúde se faz também na responsabilização, tanto pelas demandas recebidas, prezando o alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, quanto pela autonomia do usuário nesse processo. Para que esta postura se traduza em conjunto de práticas “tomadas tanto por profissionais como usuários, nas interações que se estabelecem no ambiente dos serviços de saúde” (GUERRERO et al, 2013, p. 136).

Sendo assim, quando houver responsabilização e compromisso com a resolubilidade da demanda em saúde, se diminuirá as chances de extravio de exames, de negação de consulta sem encaminhamento, de omissão do acompanhamento do crescimento da criança. Ao apontar-se o acolhimento como atravessador de todos os encontros em saúde, é necessário marcar então que ele também acontece nos encontros e trocas entre profissionais, na construção da rede de cuidado e de apoio entre os serviços. Desta forma, o acolhimento se faz na singularidade tanto do profissional quanto do usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização desta escrita coincide com o encerramento do estágio extracurricular que deu espaço a aprendizagem e inquietações para que o tema, aqui pesquisado, se fizesse em questão. Porém, mesmo encerrando temporalmente estes ciclos, eles não se findam porque me afetaram e transformaram, e desta forma, os levarei marcados intensamente na minha trajetória. Não apenas durante a realização da pesquisa, mas ao longo de dois anos de experiência deste estágio, com os atores da temática da primeira infância, tive a oportunidade de participar de muitos encontros, com pessoas muito queridas que, seja por suas histórias de vida ou pelas inquietações que compartilharam comigo, foram fundamentais neste processo. A partir desses encontros produtores de vida que este trabalho foi construído. Faz-se necessário apontar que é um tema que ainda deixa muitas dúvidas e inquietações, e que, como toda pesquisa, é um recorte, limitado no tempo e espaço, de determinados saberes, sendo assim, uma construção parcial sobre o assunto.

O processo de construção deste trabalho, traz um árdua e doce implicação, que, no caminho de escrita, foi preciso sempre por-se em análise as dúvidas e afirmativas, do lugar de quem toma partido dessas mulheres-mães e quis lhes dar voz. Cabe ainda destacar um atravessador de gênero desta pesquisa, que foi questão desde seu início. Este é um trabalho de mulheres (orientanda e orientadora) que, não acidentalmente, ouviu mulheres relatando seus encontros com outras mulheres, pois o cuidado, seja na esfera pública ou privada, é inscrito socialmente como trabalho feminino por estereótipos que essencializam a mulher como cuidadora natural. Traz-se aqui o compromisso de se marcar essa essencialização para que seja possível desatualizá-la.

Aqui objetivou-se problematizar, pensar, refletir sobre as práticas de cuidado em saúde e o caminho que essas mulheres-mães percorrem. Desta espera-se que as discussões e problematizações aqui levantadas possam contribuir tanto para os serviços de saúde e os profissionais responsáveis por efetivar esta prática em seus fazeres cotidianos quanto para os cuidadores/responsáveis que usufruem do mesmo, contribuindo de alguma forma na rede de atenção dos cuidados com a primeira infância. Também, durante todo o processo das entrevistas objetivou-se fazer deste trabalho uma ferramenta útil para os cuidadores se empoderarem do conhecimento de seus direitos e deveres enquanto usuários do SUS e responsáveis por um grupo prioritário na sociedade.

Frisa-se ainda a necessidade de se pensar a humanização, o acolhimento como reorganização das nossas práticas cotidianas em todos os encontros da vida. Deste modo, faz-

se necessária também a construção de relações e encontros dialógicos (a)efetivos, com respeito mútuo nos processos de produção da saúde, para que assim, consigamos acolher uns aos outros.

Esta pesquisa objetivou também contribuir para o campo da psicologia, para que possamos pensar as práticas “psi” fora dos enquadramentos clínicos espacialmente ditos, entendendo assim, a clínica enquanto campo político. E ainda, pensar a política enquanto campo clínico, presente em todos os posicionamentos que nós psicólogos tomamos, para que sejam também em postura de acolhimento, tanto nas demandas de cada sujeito quanto nas demandas sociais, como a consolidação do SUS.

Este trabalho pensou questões micropolíticas, porém é necessário destacar que não se faz no micro sem as condições do macro e vice-versa. Desta forma, segundo Merhy (1997), a mudança nos modos de produzir saúde tem de ser um compromisso coletivo com o objetivo de modificar o cotidiano das operações do trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, não servirão para quase nada. Desta forma, pontua-se a necessidade do acolhimento, como responsabilização e comprometimento, também pelo nosso sistema de saúde.

Fica ainda como questão, como essas Políticas Públicas e teorias estudadas ao longo deste trabalho chegam ao trabalhador técnico que opera efetivamente o cuidado em saúde. Demarcando-se, nesse aspecto, a necessidade de ampliarmos e difundirmos as discussões da academia para além dos muros da mesma, para que o conhecimento produzido alcance todos os atores deste processo.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo C. M. Prefácio à 8a. Edição. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. 8. ed. p. 11-14.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf USP*. São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. *Estatuto da Criança e Adolescente, Lei 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, DF: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Comitê da Primeira Infância. *Políticas Intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores municipais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 149 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Redes de produção de saúde. 1 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), set-out 2004, p.

611-614. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Gênero e cuidado em políticas: salas de acolhimento do jovem urbano. *Cad. Pesqui.* São Paulo, v. 47, n. 163, p. 264-291, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000100264&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. 8. ed. p. 117-130.

CRUZ, L., HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. Infância e Políticas Públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), p. 42-49; set-dez: 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300006>. Acesso em: 01 out. 2016.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

FRIZZO, K. R. Diário de Campo: reflexões epistemológicas e metodológicas. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. (Org.) *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010. 231 p.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

GUARESCHI, P. A. Grupos Focais em Psicologia Comunitária. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. (Org.) *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2010. 231 p.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2017.

HILLESHEIM, B. É preciso incluir! Políticas Públicas e o imperativo da inclusão. In: *Interlocuções entre a psicologia e a política nacional de assistência social* [recurso eletrônico]. CRUZ, L.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. (org). Santa Cruz do Sul:

EDUNISC, 2013. p. 23-30. Disponível em:

<<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/03/interlecuc3a7c3b5es-entre-a-psicologia-e-a-pnas.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

KAUR, Rupî. *Outros jeitos de usar a boca*. Tradução de Ana Guadalupe. São Paulo: Planeta, 2017.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009. 8. ed. p. 43-68.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E e ONOCKO, R. T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

POLETTI, Letícia Borges. A (des)qualificação da infância: a história do Brasil na assistência dos jovens. *ANPEDsul*, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/%20paper/viewFile/1953/329>>. Acesso em: 01 out. 2016.

ROMANINI, Moises. *Narrativas do Desassossego: do re-en-colhimento às práticas de acolhimento aos usuários de drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS*. 2016. 350 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. 128 p.

STRALEN, C.; COSTA, A.; PENELLO, L. Editoral. *Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)*. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, 22, (44), ago/dez. 2014, p. 203-220.

APÊNDICES

APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
Curso de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO PARDO-RS.

Esta pesquisa objetiva compreender como os cuidadores/responsáveis pelas crianças percebem o acolhimento na rede de atenção em saúde à primeira infância, em um município do Vale do Rio Pardo-RS. Está sendo realizada como parte do trabalho de conclusão de curso para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Os procedimentos para a realização desta pesquisa são entrevistas individuais, as quais serão gravadas com o intuito de obter uma leitura e escuta fidedigna dos conteúdos abordados. Após a realização da pesquisa estas gravações serão arquivadas, juntamente com as transcrições, por cinco anos. Serão utilizados dados gerais da pesquisa de modo a não identificar o participante, assegurando o caráter sigiloso da pesquisa.

Será utilizada a abordagem qualitativa com amostragem bola de neve, com entrevistas semiestruturadas com oito cuidadores/responsáveis de crianças na faixa etária da primeira infância (0 a 5 anos). A partir do desenvolvimento dessa pesquisa, pretende-se levantar discussões e problematizações que possam ser válidas para os serviços de saúde e os profissionais responsáveis por efetivar esta prática e para os cuidadores/responsáveis que usufruem do mesmo, contribuindo de alguma forma na rede de atenção dos cuidados com a primeira infância.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este Projeto de Pesquisa foi desenvolvido pela acadêmica Sharyel Barbosa Toebe. (fone: (55) 99958-5720; e-mail: sharyel_toebe@hotmail) e pela orientadora Karine Vanessa Perez (Fone: (51) 99439-4334; e-mail: karineperez@unisc.br).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680 e/ou do e-mail: cep@unisc.br.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do Voluntário

Sharyel Barbosa Toebe
Acadêmica de Psicologia

Nome e assinatura do Responsável Legal,
quando for o caso

Karine Vanessa Perez
Professora orientadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Curso de Psicologia

Pesquisa: PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO EM SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO RIO PARDO-RS.

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Iniciais do nome:

Idade:

Escolaridade:

Gênero:

Numero de filhos e idade dos mesmos:

Com que frequência usa os serviços de saúde para os filhos?

Qual/quais serviços de saúde? Por quê?

Como você percebe o atendimento?

Como se dá a relação com os profissionais da saúde nos serviços?

Como acha que deveria ser? Tem alguma sugestão de mudança?

Tem conhecimento sobre os seus direitos enquanto usuário desse serviço?