



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAMILA SIGHINOLFI DE MOURA

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA
INFÂNCIA: TECENDO REDES LOCAIS**

Londrina

2022

CAMILA SIGHINOLFI DE MOURA

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA
INFÂNCIA: TECENDO REDES LOCAIS**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Professor Doutor Mathias Roberto Loch

Londrina

2022

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

S575e Sighinolfi, Camila.
Estratégias de promoção da saúde na primeira infância : tecendo redes locais / Camila Sighinolfi. - Londrina, 2022.
135 f. : il.

Orientador: Mathias Roberto Loch.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Promoção da saúde na primeira infância - Tese. 2. Intersetorialidade - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde - Tese. 4. Medicalização - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

CAMILA SIGHINOLFI DE MOURA

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA
INFÂNCIA: TECENDO REDES LOCAIS**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Universidade Estadual de Londrina

Prof^a Dra. Rute Grossi Milani

Universidade Cesumar

Prof^a Dra. Fernanda de Freitas Mendonça

Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 02 de maio de 2022.

PARA MEUS AMORES:

**Alice, meu pedacinho de sol, que ilumina a vida da
mamãe, e para minha família, morada do meu coração!
Se existe amor maior, desconheço!**

AGRADECIMENTOS

Oi pessoal! Tudo bem? Meu nome é Celine e eu tenho 10 anos e eu também ajudei muito a mamãe nesse trabalho, por isso, ela me pediu para escrever com a minha letra sobre os agradecimentos, porque acreditamos que são momentos especiais como esse, em que estamos juntas, e que vão demarcar uma infância feliz. Razão específica dessa pesquisa, pensar em uma infância melhor por mim e para todas as crianças.

Em primeiro lugar um agradecimento especial para a Universidade Estadual de Londrina (UEL), pela oportunidade, suporte e compromisso incondicional com a excelência.

Um muito obrigado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva por proporcionar, durante uma pandemia, uma experiência única de afeto, humanidade, humildade, além do notório domínio técnico-científico, de todo corpo docente, compartilhado em cada aula que reenergizaram minhas energias como servidores pública, solidificando minha defesa intransigente da Saúde Coletiva.

Um outro agradecimento importante direciona-se à Prefeitura Municipal de Saúde de Apucarana, pelo apoio, facilitando e favorecendo espaços privilegiados para estudo e qualificação.

Ao meu querido orientador Mathias Roberto Lach, pela expertise, atenção e disponibilidade em que ao compartilhar comigo seu extenso conhecimento foi generoso a ponto de tornar a relação orientador - orientando uma verdadeira parceria valorizando minha trajetória, orientando assertivamente meus percursos e incli-
canda

~~com~~ sempre a melhor direção, um exemplo a seguir. Obrigada!

Desde foi agradeço a banca, pessoas importantes na minha construção acadêmica, que me inspiram por suas próprias trajetórias profissionais admiráveis, e que confio plenamente para orientar, conduzir, reconduzir esta pesquisa apontando o melhor caminho.

Muito obrigada ao Departamento de Ensino e Pesquisa em Saúde, em nome de todos meus colegas de trabalho tutores que se fizeram presentes, colegas e parceiros. Igualmente aos meus colegas de Turma 2020 que recentemente constituíram-se em uma rede de apoio, apoio, empatia, vínculo e amizade em meio as lágrimas e sorrisos.

Às Lety, Mariana, ao Charlie Brown, a feiticeira Samantha, a Mônica e a Magali, a Minnie, a Ariel, a Rapunzel e a. Euzinha pessoas formidáveis que enriqueceram extraordinariamente essa experiência. Obrigada do coração!

É finalmente a minha linda família! Aos meus pais Joaquim e Suzete, a minha irmã caçula Letícia grandes responsáveis pela minha infância feliz e pela criação alegre, sonhadora e esperanzosa com um amor até hoje. Um abraço para meu cunhado - irmão Rodrigo, e hoje é um chiste para minha princesinha Círculo que deu e dá sentido a todos os sacrifícios e renúncias feitas durante essa jornada e que feliz da vida escreveu o lápis e depois passou a caneta esse texto para a mamãe!

A gratidão é a memória do coração, por tanto a todos vocês o meu OBRIGADA

*“Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança”.*

(Titãs)

RESUMO

Os primeiros anos de vida são como a fundação de uma casa e, ao investir na primeira infância, investimos na sociedade como um todo. Nesse sentido, essa pesquisa objetivou analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de Promoção da Saúde na Primeira infância, à luz da intersetorialidade, em um território da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município de grande porte do norte do Paraná. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória na qual o percurso metodológico foi estruturado para que, cada momento da pesquisa, subsidiasse o melhor direcionamento para a realização do Grupo Focal. Dessa forma, utilizando-se de informações obtidas através de coleta de dados primários e secundários, a seleção dos atores sociais se deu a partir da delimitação do universo amostral, da seleção e caracterização do Território de estudo e, proveniente dessa análise foram selecionados os atores sociais que mantinham vínculos mais expressivos com o território. Assim, o grupo focal foi realizado com oito atores sociais da rede local e analisado à luz de Bardin (2011). O material coletado foi organizado a partir das falas dos participantes que compartilharam suas vivências e experiências e, derivadas de sua análise, emergiram quatro categorias: 1) Demanda “*mais Pititiquinha*” e a situação de saúde na primeira infância: da clínica ao social; 2) PueriCULTURA: *Ritalina para Todo Mundo* 3) Rede de *Nó(s)*: criando laços intersetoriais e 4) MultiplicAÇÃO: estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância. O conjunto de ideias centrais fez vir à tona a visão de uma Primeira Infância demarcada por barreiras relacionadas ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; a eclosão de transtornos “psiquiátricos”; as repercussões das tecnologias e mídias digitais nas relações humanas; as dificuldades da rede para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil, principalmente diante do modelo biomédico e da lacuna de formação, da sobrecarga e do sucateamento do trabalho; dos recursos insuficientes e, da persistência mal sucedida de articulação com os conselhos e participação popular, dificultando iniciativas intersetoriais. Frente a essas adversidades, a pesquisa identificou dispositivos potencializadores de Saúde para fomentar o trabalho intersetorial e a realização de ações de Promoção da Saúde na Primeira Infância demonstradas por esforços incansáveis, coletivos e individuais, de forma intra e intersetorial, que foram desde uma sequência de encaminhamentos médicos, avaliações, ações clínico-assistenciais, vacinas, até ações lúdicas na puericultura, projetos de construção de hortas e compostagem e a proposição de grupos familiares intergeracionais na Educação, na Saúde, e na Assistência Social. As estratégias ratificam a importância do estabelecimento de redes locais de cogestão e a potência da Promoção da Saúde na Primeira Infância no enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Intersetorialidade; Medicalização; Promoção da saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

The first years of life are like the foundation of a house, and by investing in early childhood, we invest in society as a whole. In this sense, this research aimed to analyze interventions, strategies and resources used to carry out Health Promotion actions in Early Childhood, in the light of intersectorality, in a territory of a Primary Health Care Unit in a large city in the north from Paraná. An exploratory qualitative research was carried out in which the methodological course was structured so that, at each moment of the research, it subsidized the best direction for the realization of the Focus Group. Thus, using information obtained through the collection of primary and secondary data, the selection of social actors took place from the delimitation of the sample universe, the selection and characterization of the Study Territory and, from this analysis, the actors were selected social groups that maintained more expressive links with the territory. Thus, the focus group was carried out with eight social actors from the local network and analyzed in the light of Bardin (2011). The material collected was organized from the speeches of the participants who shared their experiences and, derived from their analysis, four categories emerged: 1) Demand “more tiny little one” and the health situation in early childhood: from clinical to social; 2) Childcare: Ritalin for Everyone 3) Network of Nodes: creating intersectoral links and 4) Multiplication: local strategies for health promotion in early childhood. The set of central ideas brought to light the vision of an Early Childhood demarcated by barriers related to the increase in social and clinical demands; the outbreak of “psychiatric” disorders; the repercussions of technologies and digital media on human relationships; the network's difficulties in dealing with parents in the construction of parenting and child development, especially in the face of the biomedical model and the training gap, overload and scrapping of work; insufficient resources and the unsuccessful persistence of articulation with councils and popular participation, hindering intersectoral initiatives. Faced with these adversities, the research identified Health potentiating devices to foster intersectoral work and the carrying out of Health Promotion actions in Early Childhood demonstrated by tireless efforts, collective and individual, in an intra and intersectoral way, which ranged from a sequence of medical referrals, evaluations, clinical-assistance actions, vaccines, even playful actions in childcare, projects to build gardens and compost and the proposition of intergenerational family groups in Education, Health, and Social Assistance. The strategies ratify the importance of establishing local co-management networks and the power of Health Promotion in Early Childhood in facing the Social Determinants of Health.

Key words: Primary Health Care; Intersectorality; Medicalization; Health promotion; Children's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Atores sociais que participaram do estudo

41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações sobre o Território das APS e a organização da equipe das Unidades Básicas de Saúde segundo os Coordenadores(as) de Apucarana – PR., 2021.	36
Tabela 2 - Relações e expectativas dos Servidores com o tema Saúde da Criança segundo os Coordenadores(as) de Apucarana – PR, 2021.	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACTEP	Associação dos Conselheiros Tutelares do Estado do Paraná
AMS	Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APMF	Associação de Pais, Mestres e Funcionários
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAM	Centro de Atenção à Mulher
CAME	Centro de Apoio Multiprofissional ao Escolar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDMCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEDCA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CISVIR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CT	Conselho Tutelar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines Corporation
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MPPR	Ministério Público do Paraná
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAA	Projeto Municipal de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAS	Programa Anual de Saúde de Apucarana
PICS	Prática Integrativa Complementar em Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPI	Plano Nacional da Primeira Infância
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

Pnub	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POLO UAB	Universidade Aberta do Brasil
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDE PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
RNPI	Rede Nacional Primeira Infância
SESA	Secretaria da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAPI	Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância
SOFI	O Estado da Insegurança Alimentar e Nutrição no Mundo
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TJPR	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unfpa	Fundo de Populações das Nações Unidas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 MARCO TEÓRICO	23
2.1 Promoção da Saúde Aliada à Atenção Primária	23
2.2 Primeira Infância	26
2.3 Políticas Intersetoriais voltadas à primeira infância	29
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1 Delimitação do Universo Amostral e seleção do território de estudo	33
4.1.1 Diagnóstico Situacional das Quatro Regiões de Saúde de Apucarana	34
4.1.2 Seleção do Território de Estudo	39
4.2 Caracterização do Território e seleção dos atores sociais	39
4.2.2 Seleção dos Atores Sociais	40
4.3 Realização de Grupo Focal	41
4.4 Aspectos Éticos	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 Demanda “ <i>mais pititiquinha</i> ” e a situação de saúde na primeira infância: da clínica ao social	46
5.2 PueriCULTURA: Ritalina para Todos	58
5.3 Rede de Nó(s): construindo laços intersetoriais	68
5.3.1 O nó	69
5.3.2 Nós desatando nós	74
5.4 MultiplicAÇÕES: Estratégias Locais de Promoção da Saúde na Primeira Infância	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES	110

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, construída a muitas mãos, é a expressão da lembrança latente de um tempo em que se sonha transformar o mundo, até que, em um determinado momento da vida, a jiboia, engolida pelo elefante, passa a ser apenas um chapéu e, assim seguimos adiante, muito mais como o homem dos negócios, obstinados a possuir as estrelas do que cultivando rosas (*interpretação livre de Saint-Exupéry*).

Atuo como Psicóloga há mais de 10 anos e não me vejo fazendo outra coisa. No primeiro ano após a graduação, entrei no mestrado, desejo antigo e, por um *delay* sagaz da vida, concretizado hoje. Iniciei minha trajetória profissional na Secretaria da Mulher, trabalhando com questões de gênero, violências e garantia de direitos.

Estou há sete anos na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (AMS): primeiramente, atuei no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-ab) como “chão de fábrica”, atendendo todos os ciclos de vida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e atualmente sou Tutora-Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da AMS, mas sempre, sempre, Psicóloga clínica no segundo turno de trabalho.

Não obstante, foi enquanto Coordenadora Municipal da Saúde do Idoso, destinando esforços diante do futuro certo de desafios a serem enfrentados pelo envelhecimento populacional, que a infância se fez mais presente do que nunca, pois, em cada palavra de sabedoria dita por um idoso que passou pelo meu caminho, eram as recordações do seu tempo de criança que lhes traziam brilho nos olhos, e digo aqui, não apenas de infâncias felizes sem sofrimento, pelo contrário, as adversidades traziam o sorriso na memória e a lembrança da boneca feita de espiga de milho, do carrinho de rolimã, das bolinhas de gude (burquinha) e da tubalina no Natal.

O adulto também precisa continuar a se encantar e tornar extraordinários os atos simples da vida. Dessa forma, convido você leitor(a) para que, depois de um longo período enfrentando uma Pandemia, volte um pouquinho no tempo de criança e partilhe do meu universo no qual "eu não estou aceitando as coisas que não posso mudar, estou mudando aquelas que não posso aceitar" (Angela Davis).

Por esses motivos, essa pesquisa abordou a Promoção da Saúde na Primeira Infância sob a luz da intersetorialidade em que vamos percorrer um caminho que apresentará, inicialmente, as principais demandas identificadas dessa faixa etária para, em seguida, trazer uma análise crítica da cultura da medicalização da infância, passando ainda pela construção de redes locais, até finalizar com as ações desenvolvidas no território da Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de suscitar reflexões e, de repente, provocar mudanças.

Ademais, esta Autora declara que não possui conflitos de interesses de ordem nenhuma com partes que, eventualmente, possam se beneficiar dos resultados do Estudo.

1 INTRODUÇÃO

Muitos são os desafios que se aceita enfrentar quando se trabalha com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. Percebe-se que, apesar das iniciativas em transversalizar Políticas Públicas, o ainda marcante predomínio de práticas reducionistas assentadas no modelo biomédico/flexneriano é um deles (SOUZA; MACIEL; MEDEIROS, 2018). Portanto, na defesa impreterível do Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo respaldou-se na compreensão dialética do processo saúde-doença - fundada nos determinantes e determinação social da saúde-, a fim de problematizar a importância da discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da Saúde no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público para a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano do cuidado.

Com o intuito de firmar conceitos sobre a melhor direção a ser adotada no cuidado da criança, descobriu-se, na literatura, que há um entendimento pacificado entre vários autores (BIRMAN, 2012; DE AZEVEDO, 2021; MITJAVILA, 2022) de que a medicalização da vida deva ser enfrentada e, a referência que leva em conta os determinantes sociais da saúde, plenamente encorajada. Aqui, necessário esclarecer que, em se tratando de medicalização da vida, este trabalho assumiu a definição trazida por Conrad (2007), que a compreende como um processo de transformação de problemas, que antes não eram considerados médicos, em problemas médicos, apresentando tais problemas sob a forma de transtornos ou doenças.

Assim, no que concerne a esse modelo biomédico, Tavares (2010) ajuda a entender que “a contemporaneidade contribui para a existência [...] de ‘psicopatologias’ e/ou ‘mal-estar’, bem como para a alienação do sujeito”, e, “ao se tomar como dogma o modelo biomédico de atuação que, frequentemente, tem por base a ideia de solução do sofrimento pautada em máximas higienistas, associadas ao uso de psicotrópicos, tem-se o fenômeno conhecido como medicalização da vida”. Isso é, quando o Poder Médico se instaura a partir de elementos inseparáveis de normalização e moralização tornando os sujeitos incapazes de enxergar o contexto adoeceador ou enxergando-o, mas insensíveis ou impotentes diante dele, iniciando-se uma saga infinita, infundada e infrutífera para corrigir os indivíduos, sem questionar o que lhes adoece.

Ao usar a concepção epistemológica de Fleck (1986), Tesser interpreta a medicalização do social como o resultado do sucesso da socialização dessa medicina para grandes contingentes populacionais, desconsiderando os saberes populares, ancestrais ou tradicionais que até há pouco tempo eram importantes fornecedores de lastro cultural e base para ações autônomas em saúde; lastro este em processo de extinção ou intensa transformação (TESSER, 2006). Essas transformações têm encontrado amplo respaldo e divulgação, desde a década de 70, quando com o objetivo de tornar a nomenclatura do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) coerente com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) adotou-se para o DSM III, os critérios da medicina baseada em evidências, recém surgidos na época, fato que foi considerado como uma revolução científica (DUNKER, 2014).

A atualidade, no entanto, resente-se dessa revolução científica - inclusive o universo infantil -, principalmente com o enquadramento de crianças em uma série de classificações nosológicas, com a epidemia de múltiplos diagnósticos como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA), fragmentando o cuidado e reduzindo sua existência a pílulas e rótulos (WHITAKER, 2017).

Enquanto o modelo biomédico investe na medicalização da vida, nega a clínica ampliada, a reforma sanitária, a psiquiátrica e a multiplicidade de fatores culturais e sociais, além de ter o conhecimento e a prática de saúde centralizada no poder médico e excluir os aspectos subjetivos do indivíduo, imputando a ele a responsabilidade pela sua própria doença, em uma prática de fragmentação do sujeito, o modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde opta pela promoção da saúde. Assim, esse modelo da determinação social do processo saúde-doença busca pela visão da pessoa integral, pela valorização da atuação interprofissional, da Saúde Coletiva, da defesa da vida e do processo ampliado de construção social de saúde perante as iniquidades, desconsiderando a simples dicotomia saúde/doença, buscando abordar o conceito ampliado de saúde em uma intrincada relação de fatores que aproximam Estado, economia, sociedade e saúde, reavendo a concepção do indivíduo em sua totalidade ao resgatar em sua estruturação, os enfoques sociopolíticos e ambientais (MENDES, 1985).

Importante ressaltar que, opor-se à medicalização da vida não significa opor-se ao uso racional de medicamentos em que os parâmetros para sua indicação estejam adequados as necessidades dos sujeitos. Dessa maneira, defende-se a adoção de estratégias que legitimem as singularidades e as diferentes experiências no uso de psicofármacos confrontando, assim, a fragmentação do cuidado e a lógica do biopoder (CAMPOS, 2014).

Czeresnia (2009) é uma das que acreditam ser preciso compreender que, além da necessidade de romper com a lógica da fragmentação do cuidado, o fortalecimento da saúde perpassa por meio da construção da capacidade de escolha e da perspicácia de atentar-se para as diferenças e singularidades dos acontecimentos, considerando a multiplicidade dos condicionantes da saúde e expurgando a ideia de uma aplicação técnica e normativa que busca apenas identificar a dinâmica das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. A adoção do modelo biomédico ou da determinação social da saúde, ou ambos concomitantemente, influencia diretamente nas estratégias e ações desenvolvidas junto aos sujeitos, às famílias e à comunidade, daí a importância de se investigar como são organizadas as iniciativas de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância no município de Apucarana-PR.

Para Loch (2021), a análise dicotômica simplista das intervenções de promoção da saúde que dividem as ações entre curativas ou promotoras de saúde, reduzem intensamente a pluralidade e o emaranhado de significações e possibilidades que seu conceito representa. Entende-se que essas diferentes perspectivas coexistem, entretanto divergem desde suas bases filosóficas, epistemológicas até sua operacionalidade prática. Nesse sentido, importante demarcar um posicionamento alinhado com a Promoção da Saúde na perspectiva da Saúde Coletiva e amparada pelos preceitos da Reforma Sanitária e que anuncie os determinantes e a determinação social na fundação do processo saúde-doença para propor intervenções comunitárias.

Esse posicionamento vai ao encontro da promoção da saúde que, para Buss (2020) é um setor com capacidade de reagir à medicalização da vida por conseguir articular diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Para esse autor, a promoção da saúde vem sendo, ao longo dos últimos trinta anos, vista como uma ótima estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde que afetam a Humanidade, uma vez que ela permite uma combinação de práticas que unem o Estado, com suas políticas públicas saudáveis; a comunidade, com o reforço da ação comunitária; os indivíduos com o desenvolvimento de habilidades pessoais; o Sistema de Saúde, com a reorientação das estratégias e, ainda, as parcerias intersetoriais. Tudo isso, entrelaçado aos princípios de qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação popular e parceria intersetorial, citados como valores intrínsecos da promoção da saúde na Carta de Ottawa, uma das precursoras do termo e de seu conceito contemporâneo (OTTAWA, 1986).

“Hoje em dia, não pode haver promoção de saúde que não se detenha na primeira infância, na gestação, nos primeiros segundos de explosão da vida” (BRASIL, 2012, p.232). O foco na primeira infância é coerente com a relevância que os seis primeiros anos de vida têm no conjunto da vida humana. As bases do desenvolvimento infantil se estabelecem, assim, nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se instituem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e auxiliam na construção da subjetividade (BRASIL, 2012b).

Também caminha nessa direção, a Rede Nacional Primeira infância – RNPI, que, norteadas pelo amplo espectro de informações atuais sobre o desenvolvimento infantil, manifesta-se quanto à necessidade de atravessar a compartimentação das práticas profissionais e investir na adoção de um modelo de saúde voltado para uma abordagem abrangente e progressiva entre os diversos órgãos, políticas, setores e programas, dando mais celeridade à compreensão integral da criança (DIDONET, 2010). E, a partir disso, esta pesquisa assumiu, por norte, a atenção integral à saúde da criança tal como preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Brasil, 2015c), procurando-se observar se os seus preceitos foram considerados nas diretrizes das diferentes esferas de gestão e incorporados na prática dos serviços do território estudado, fortalecendo ações de saúde.

Trata-se, portanto em assumir, por premissa, que o Setor Saúde necessita expandir a sua visão para além da prevenção e do tratamento de doenças, de modo a incluir a promoção da saúde no cuidado das crianças como fator crítico para a realização do potencial humano de todas as pessoas (BRITTO, 2017). Desse modo, apossando-se da intersetorialidade, todos os setores devem desempenhar o seu papel no apoio às intervenções destinadas a promover os cuidados ao desenvolvimento nos primeiros anos de vida, com vistas a investir em programas integrais e estratégias universais na produção de uma melhora efetiva e equitativa do desenvolvimento inicial das crianças.

O desenvolvimento de ações voltadas à Saúde da Criança deve enfatizar a discussão da promoção da saúde apoiada no encontro entre diferentes setores ligados às políticas públicas e que estão

preocupados com a garantia de direitos de crianças, adolescentes e jovens como, por exemplo, Escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar (CT), equipes de Saúde Mental, entre outros, favorecendo, assim, espaços compartilhados de decisões que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.

Nesse sentido, ganha relevância a Atenção Primária a Saúde (APS), pautada na gestão democrática e participativa, que busca propiciar aos usuários o acesso universal e contínuo a serviços de saúde enquanto promove relações de vínculos e de co-responsabilização, em uma dinâmica que estimula a co-gestão e o protagonismo da comunidade. A filosofia de suas ações apoia-se no fato de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, com ênfase às situações de maior frequência e relevância em seu território, levando-se em conta, para tanto, os riscos, vulnerabilidades, resiliências daquele local. Utilizando-se de tecnologias leves de cuidado de baixa densidade e alta complexidade, a Atenção Básica assume a responsabilidade sanitária de seu território e, *pari passu*, responde, em seus múltiplos aspectos, pela coordenação da integralidade (BRASIL, 2012a).

Segundo Czeresnia (2009, p. 5):

[...] o fato de se pensar de modo complexo a questão da saúde não diz respeito à incorporação de novo discurso que migra do polo da objetividade ao da subjetividade, do universal ao singular, do quantitativo para o qualitativo. Não se trata simplesmente de optar por valores que ficaram subjugados no decorrer do desenvolvimento da racionalidade científica moderna, submetendo-se, agora os que eram anteriormente hegemônicos. Não se trata, portanto, de construir novos posicionamentos que mantêm a reprodução de antigas oposições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade tendo, como referencial, não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e a intervir.

Sabe-se que, quanto maior o conjunto de conhecimentos de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY, 2004).

Sem ignorar os inúmeros progressos diante de múltiplos indicadores de saúde, é correto afirmar que ainda subsistem o desafio e a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde. Ao mesmo tempo, é preciso universalizar todos os avanços de forma a produzir saúde no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pela construção compartilhada de ações com as demais Redes de Proteção Social. Ademais se deve investir na articulação e cooperação intra e intersetorial a favor da integralidade do cuidado, da equidade em saúde, do ambiente facilitador à vida e da humanização da atenção (COLUSSI; PEREIRA, 2016). Assim e diante de fatos como o retorno do crescimento da mortalidade infantil nos últimos anos, que acaba sendo, pelo menos parcialmente, influenciado pelas políticas de austeridade, estudar a primeira

infância torna-se essencial, uma vez que esse indicador vinha apresentando tendência de queda nos últimos anos (RASELLA, 2018).

Nessa linha de raciocínio esta pesquisa aprofundou-se na análise das estratégias de Promoção da Saúde na Primeira Infância, desenvolvidas no Território da Atenção Primária à Saúde (APS) de Apucarana, Paraná, à luz da Intersetorialidade dirigindo esforços para identificar estratégias disponíveis para uma resposta mais adequada, completa e resolutiva para a necessidade da criança dentro do contexto de sua família e sociedade.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE ALIADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Mens sana in corpore sano. (Juvenal)

“Mente sã em corpo são.”

O termo saúde tem sofrido incontáveis ajustes desde sua origem no latim: *salvus*, inteiro, a salvo, intacto, - derivado do sânscrito *sárvah*, inteiro; e *salus* (*salutis*), significando salvação, conservação da vida, cura, bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”, definição considerada incompleta por estudiosos, como Dejour (1987) e Canguilhem (1990), mas, que se persevera nos discursos da sociedade até os dias atuais. De qualquer forma, em ambas as conceituações e em suas paráfrases, o bem-estar aparece como uma constante pacificada, independentemente das diferentes implicações subjacentes para seu alcance (LUNARDI, 1999).

Aqui se encontra a Promoção da Saúde, processo que amplia a participação popular e o controle social visando a melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Abrange aspectos complexos como se pode apreender da Carta de Intenções, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, que lista como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OTTAWA, 1986).

Czeresnia (1999) entende saúde e adoecimento como formas pelas quais a vida se manifesta. Nesse sentido, produzir saúde perpassa, obrigatoriamente pela construção de uma sociedade forte, mais autônoma e com maior poder decisório. Assim, a promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias, políticas, ações e intervenções com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, na medida em que atua sobre os condicionantes e os determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular (BRASIL, 2014a).

Além do mais, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2014) pode ser compreendida por dois marcadores primordiais para a produção da saúde, sendo o primeiro, sua base valorativa, que inclui a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social. E o segundo, os seus princípios, a equidade; intrassetorialidade; intersetorialidade; o empoderamento; a participação social; territorialidade e a integralidade.

[...] marcadores que determinam, de forma dinâmica e visceral, a produção da vida. Esses contextos formam as relações de poder e de produção presentes em micro ou macrouniversos – ou seja, no bairro onde você mora, até em um país – e são o que determina a produção da saúde (BRASIL, 2021, p. 9).

Asseverando essa perspectiva em 2017, foi instituída a Política de Promoção da Saúde no Estado do Paraná por meio da Resolução da Secretaria da Saúde (SESA) n. 228, de 7 de abril de 2017, que traz como referências o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, a interdisciplinaridade, o trabalho em redes e a participação comunitária como estratégias para a redução de vulnerabilidades e de riscos à saúde resultantes de seus determinantes e condicionantes (PARANÁ, 2020b).

É de se compreender que, uma vez dispostos a defender essas premissas como aspectos promocionais de potência de vida e de produção de saúde é preciso considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) para buscar a superação das desigualdades e iniquidades em saúde. A relação entre os determinantes e a promoção da saúde é diretamente proporcional, ou seja, quanto piores forem as situações de vulnerabilidades, mais fortemente os princípios e as ações de promoção da saúde devem ser colocados. Para se contrapor a isso, há que se buscar formas de envolver as pessoas para apoiarem-se mutuamente e lutarem pela garantia de direitos; liberdade para exercício pleno da cidadania; institucionalização de espaços para que possam participar e decidir sobre as políticas públicas; acesso às condições necessárias à vida digna; proteção contra interesses predatórios internacionais; garantia da proteção para o trabalho; a não adoção de políticas austeras; enfim, todas as estratégias-chave para a sustentabilidade do SUS e da democracia (BRASIL, 2021).

Ademais, ações sobre os determinantes sociais, capitaneadas pelos governos locais, contribuem para a sedimentação da promoção da saúde e, para executá-las, são necessários o conhecimento amplificado, referências em diversos níveis, a troca de informações, a intersetorialidade. Para transcender a simples administração dos recursos e ir em busca da equidade da atenção, pactos precisam ser criados nas equipes para alcançar a implementação de estratégias favoráveis à promoção da saúde como orientadora da práxis no trabalho em saúde e extrapolações necessárias às mudanças que impactem positivamente a qualidade de vida da população (MENDES, 2011).

As informações auferidas nesse processo de conhecimento dos territórios poderão embasar ações como construção de redes comunitárias, contatos de troca, especificidades pertinentes para os cuidados dos usuários e articulações para debater estratégias na promoção de saúde daquela região. Assim, um bom caminho a se seguir para a consolidação da Promoção da Saúde é pensar a partir do território, espaço onde os usuários vivem, trabalham ou circulam e que traz uma dinâmica de mútua influência entre as vidas das pessoas, com os serviços, com o processo de trabalho e com a atuação de diferentes atores sociais. Nesta pesquisa especificamente, o Território da Atenção Primária a Saúde.

A Atenção Primária à Saúde ocupa-se não somente da promoção e proteção da saúde, mas, da prevenção de doenças existentes e de suas causas. Com a prática de ações que possam amenizar, controlar

e/ou erradicar doenças, a APS trabalha no sentido de prestar apoio e cuidados aos usuários como indivíduos e como sociedade. O oferecimento de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e voltados para a integralidade da atenção, fazem da APS uma das principais portas de entrada do SUS, uma vez que pode servir de filtro organizador do fluxo dos serviços nas Redes de Saúde, do mais simples ao mais complexo. A atuação da APS tem visão holística e busca implementá-la ao proporcionar, ao usuário, o seu acesso fácil e imediato às unidades de atendimento, localizando-as em diversos territórios e o mais perto possível das comunidades onde pretende atuar. (BRASIL, 2012a).

Ao dedicar-se aos problemas em suas fases iniciais, muitas vezes ainda indefinidos, coloca-se em posição de vantagem para acolher e triar, mais eficaz e eficientemente, a natureza do cuidado a que deva ser submetido o usuário naquele momento. A relevância dessa porta de entrada do SUS reside, essencialmente, no atendimento contínuo e persistente da população, com quantidade e qualidade firmes e confiáveis de ações, que acaba por gerar vínculos de cooperação mútua entre profissionais e usuários no desenvolvimento de soluções que possam diminuir a necessidade de algumas ou de várias intervenções nos cuidados primários da saúde.

Para isso a territorialização faz-se imprescindível no reconhecimento dos problemas de saúde e sociais preexistentes da comunidade e, concomitantemente para a orientação e condução de ações junto aos setores mais indicados para a sua resolução e não apenas em soluções farmacológicas médico-centradas. Há que se considerar, ainda, a disposição de Redes de Atenção, referências assistenciais na Saúde e intersetorialidade, para que promovam a integralidade do atendimento e ofereçam aos usuários, em tempo hábil, todos os serviços de que eles necessitem, pois, a complexidade e aspectos que envolvem os cuidados do indivíduo, assim o exigem (MENDES, 2015).

Nesse contexto, pode-se citar, por exemplo, a Saúde da Família que propõe uma atuação distinta do modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico ao incorporar o conceito ampliado de saúde que leva em conta questões concernentes à qualidade de vida das pessoas e realiza ações individuais e coletivas de promoção, proteção, cura e recuperação, compreendendo a promoção da saúde como um modelo contra-hegemônico frente à medicalização da vida (MENDES, 2011).

Uma vez sensibilizados para considerar o território e a clínica ampliada no processo de trabalho, os serviços passam a praticar, por consequência do aperfeiçoamento de suas observações, a apreensão de realidades até então despercebidas e/ou ignoradas. A partir dessa nova leitura mais minuciosa das características que envolvem o usuário e que ajudam a explicar o seu processo de adoecimento, outras ações podem ser discutidas dentro da intersetorialidade e levadas, em conjunto, a um bom termo para todos os envolvidos, especialmente aqui no que se refere à primeira infância (BRASIL, 2015g).

2.2 PRIMEIRA INFÂNCIA

A criança depende de outra pessoa para sobreviver e requer muita atenção e cuidados. Para alcançar a independência, viver e tomar decisões e desfrutar de uma certa autonomia em relação à própria vida, necessitará de uma infância saudável, com direitos sociais como escola e educação, saúde, liberdade, respeito e dignidade, garantidos por dispositivos legais e, de proteção especial para todas as fases de sua vida (BRASIL, 1990a).

Costa (2010) entende que, para que esse entendimento seja exitoso, há necessidade de um resgate histórico sobre a construção social da infância. O autor inicia suas considerações com a Idade Média, onde as crianças eram consideradas como pequenos adultos, tinham acesso ao álcool e sexo, precisavam ajudar em casa e eram expostas a doenças advindas da falta de saneamento básico. Não havia separação entre os membros da família e, graças ao grande índice de mortalidade infantil, os pais não se apegavam às crianças. Era uma constituição familiar e cultural completamente diferente dos princípios e conceitos atuais.

Atualmente, a concepção de criança é baseada na compreensão de sua potência. Sabe-se que é uma fase fundamental para o desenvolvimento humano. Com isso, pode-se perceber que o processo histórico demarca uma evolução da humanidade, que inaugura uma visão da infância como o alicerce da vida e que, com o passar do tempo, evidencia a necessidade de ensinar as crianças, de cuidar e de protegê-las, pois, esse é um momento de desenvolvimento importante para a constituição do sujeito (DIAS, 2012).

Todos os termos dessa construção interessam, pois, o sujeito responde, mas não se resume ao espaço a ele reservado no laço social. Isso também vale para a infância no que se refere ao lugar reservado à criança. Nessa perspectiva, *criança* é o significante que conjuga os termos do desenvolvimento e as determinações da época; *criança* é o significante que comporta as variações de experiência em relação ao tempo de desenvolvimento e às possibilidades do corpo. Comporta, também, as diferenças de cultura e os efeitos da divisão de classes no interior de uma mesma cultura (ABRASME, 2019).

Para Winnicott (2000), um indicador de saúde é a capacidade de identificar-se com a sociedade sem abrir mão de seu verdadeiro *self*, em que a continuidade do ser é possibilitada por um bom *holding* e boa provisão ambiental geral.

Ratificando essa concepção, Dias (2012) apoia-se na teoria Winnicottiana e ressalta a importância dos afetos e das condições ambientais que favorecem a constituição paulatina da identidade unitária – que todo bebê deve poder alcançar –, incluídas aí, a capacidade de relacionar-se com o mundo e com os objetos externos, e de estabelecer relacionamentos interpessoais. Tais elementos são inerentes ao processo de amadurecer e fundamentais para a compreensão dos fenômenos da saúde. Para a autora, o desenvolvimento emocional na infância deve ocupar-se das necessidades da criança, pensando-se em

atividades e políticas de prevenção na área de saúde psíquica que considerem os estágios iniciais como “espinha dorsal” do desenvolvimento.

Nesse sentido, muitas leis foram criadas; estratégias articuladas e esforços empreendidos. Documentos como a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1946) e a *Declaração dos Direitos da Criança* (1948), reconheceram cuidados e assistência especiais, proteção social, educação, acesso a brincadeiras e a um ambiente favorável e a cuidados de saúde como direitos fundamentais das crianças. (UNICEF, 2019).

Em 1988, o Brasil estabeleceu em sua Constituição, art. 227, que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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.

Os papéis das crianças como atores sociais, econômicos, políticos, civis e culturais vão se consolidando no Brasil e, em julho de 1990, é aprovado o *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)* onde as crianças são reconhecidas como sujeitos de direitos e corrobora-se os termos da Constituição, firmando o preceito de que a família, o Estado e a sociedade são responsáveis pela sua proteção. Logo em seguida, autoridades políticas e religiosas brasileiras pacificam o compromisso da prioridade à infância com o *Pacto pela Infância* (1992) e com o plano batizado de *500 Dias de Ação pela Criança no Brasil*, 1993 (UNICEF, 2019).

Em 2016, implementa-se o *Marco Legal da Primeira Infância*, e, alinhado aos seus princípios, institui-se o *Programa Criança Feliz*, com o intuito de “promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida”. Todas as crianças têm que ter escola, família, saúde, carinho, tempo para brincar, direito de ser cuidado por profissionais qualificados em primeira infância e de ser prioridade nas políticas públicas, coisas que garantam, enfim, uma infância feliz.

Outra ferramenta oportuna para garantir o seguimento do cuidado desde o pré-natal é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) que foi implantada como um instrumento de suma importância para ações de vigilância, devido ao seu caráter de registro de dados e eventos de grande significância na saúde infantil, servindo de diálogo entre a família e profissionais. Constituída pelo Ministério da Saúde em 2005, para substituir o Cartão da Criança, a CSC trouxe uma nova concepção desse instrumento, deixando a atenção centrada apenas no esquema vacinal e nutricional, passando para um instrumento de vigilância integral à saúde (BRASIL, 2015a).

No ano de 2019, o nome deixou de ser “Caderneta da Saúde da Criança”, contemplando todos os aspectos da criança, não somente a saúde, passando a ser chamada “Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania”. Seu interior trouxe novos temas como: o cuidado com o bebê prematuro, sinais e sintomas de

alterações no desenvolvimento, uso de eletrônicos, brincadeiras e vida escolar. Essa nova versão também possibilitou a ampliação do preenchimento da caderneta por outros profissionais de saúde, e demais serviços da rede, o que era antes restrito a pediatras e enfermeiros. (BRASIL, 2020).

Concomitantemente, em 21 de fevereiro de 2019, o Paraná criou o *Pacto Infância Segura*, uma força-tarefa formado pelo governo do estado, Tribunal de Justiça do Paraná - TJ/PR, Ministério Público do Paraná - MPPR, Defensoria Pública do Estado do Paraná, Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Paraná – OAB/PR, Associação dos Conselheiros Tutelares do Estado do Paraná – ACTEP e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA, com o intuito de desenvolverem ações conjuntas, integradas e articuladas destinadas à prevenção e ao combate aos crimes praticados contra crianças e adolescentes.

Também, recentemente, em 2021, o Ministério da Cidadania lançou a Campanha ABC - para a Primeira Infância com o lema: Amar, Brincar e Cuidar para fortalecer o Programa Criança Feliz. Esse trabalho é fruto da parceria entre o Ministério da Cidadania e o Fundo Conjunto para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma iniciativa comum da Organização das Nações Unidas (ONU) para apoiar o desenvolvimento de países. O fundo é liderado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e composto pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa), ONU Mulheres, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). A iniciativa coloca como prioridade a proteção e os cuidados da primeira infância como forma de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. A campanha marca o mês de agosto como o “*Mês da Primeira Infância: o Brasil do futuro começa agora*”, realizada por meio da Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância (SNAPI), que conjuntamente encarrega-se de promover e dar visibilidade à pauta da primeira infância no Brasil.

Essas diretrizes têm sido importantes ferramentas para a concepção e instituição de políticas públicas e consequente promoção do desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, uma vez que ecoam em todo o território nacional, envolvendo estados e municípios e sociedade, alcançando um número expressivo de pessoas e alargando horizontes culturais sobre direitos e deveres de cada um e de todos.

Levando-se em consideração as projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2020, o Brasil tem uma população de aproximadamente 19 milhões de crianças com idades entre 0 e 6 anos, que constituem 8,91% da população total. É uma população mais numerosa do que as de 133 dos 197 países do mundo; isso prediz que o país terá que lidar com uma verdadeira gama de desafios no que se refere às condições de vida, às limitações de oportunidades para essas crianças e suas famílias e às demandas por serviços públicos, ainda mais em se tratando da primeira infância.

Sabe-se que os primeiros anos de vida são o período com a maior janela de oportunidades para o desenvolvimento humano integral (RICHTER, 2017). Acredita-se que o empenho da sociedade e do

Estado na construção de políticas voltadas a primeira infância tem sido promissor e trazido alento para crianças, pais e cuidadores de todo o mundo, todavia, insuficiente. Para avançar, o cuidado da criança precisa ser entendido no “micro” e no “macro” como uma realidade dentro da sua família e sociedade. Ela não é só um objeto do cuidado e atenção, mas uma protagonista das redes de atenção à saúde. Crianças são as novas inventoras, inovadoras do mundo. Como seria possível escutar alguém que não se supõe saber de si? Como escutar o sujeito, encarregando-se exclusivamente da sua tutela? Ou, em termos mais específicos: como escutar alguém que já se sabe, de antemão, o caminho certo que deve cumprir?

Conforme Abuchaim (2016), o governo que leva a sério o futuro de sua Nação deve investir também na parentalidade, pois as mães (cuidadores primários) são o capital humano investido no filho, e o afeto, a fita isolante dos neurônios e, segundo o provérbio africano “é preciso de uma vila para criar nossas crianças”, portanto todos devem compartilhar as responsabilidades e as alegrias e provisoriamente, deixar o julgamento em suspenso, e prestar igual atenção a tudo aquilo que se oferece à atenção, dando potência aos recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada para integralidade de seu pleno crescimento e desenvolvimento.

Assim para dirimir anacronias e operacionalizar as diretrizes preconizadas até o momento, uma campanha de *advocacy* para o investimento de estratégias intersetoriais e no tecer de redes locais pode ser uma iniciativa promissora e resultar em avanços surpreendentes.

2.3 POLÍTICAS INTERSETORIAIS VOLTADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA

O Brasil avançou muito, nos últimos anos, na construção de políticas públicas para as mulheres, para as mães e para as crianças. Com a implementação do SUS, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, do direito à educação básica e do aumento do acesso às creches, nossas crianças vivem em uma situação bem melhor que há 30 anos.

No entanto, mesmo com ações federais voltadas à Saúde da Criança e investimentos como o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz, o compromisso do Brasil como signatário das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015/2030; da Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), e, do desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Brasil, 2015c), que têm contribuído para o avanço nos indicadores de saúde infantil, o país ainda convive com muitas famílias em situação de risco social e vulnerabilidade. Ainda se observa que, as práticas desenvolvidas no Território da APS, expõem importantes vazios assistenciais para o desenvolvimento integral da criança, balizando a atenção, predominantemente no pré-natal, parto e puerpério, o que denuncia uma importante lacuna no acompanhamento após os dois, no máximo três anos de idade, quando se “encerra” o acompanhamento na Puericultura.

A partir dessa inquietação, na perspectiva de observar essa possível lacuna no acompanhamento da primeira infância, procurou-se nos instrumentos de gestão, um possível emparelhamento com as ações propostas nas diretrizes até aqui traçadas para atenção integral dessa população. Por isso analisou-se o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 e a Programação Anual de Saúde (PAS) 2019 do Município de Apucarana, Paraná, identificando-se como e se as diretrizes da política têm sido abordadas nesses documentos, principalmente em relação às premissas da PNAISC (BRASIL, 2015c).

Dessa análise, depreendeu-se que o PMS sugere, em sua narrativa, a integralidade do cuidado. Entretanto, quando as ações são traduzidas para a PAS, incluindo-se a referentes à saúde da criança, essas apresentam-se de forma vaga e inespecífica, sinalizando a ausência de um delineamento estratégico preciso, que seja capaz de descrever, claramente, formas para atingir os objetivos e metas estabelecidas. Outro ponto importante é que os instrumentos abordam superficialmente questões de monitoramento e avaliação.

Notou-se que, na organização de ambos os instrumentos, os referenciais da PNAISC (Brasil, 2015c) não são mencionados. Cogitou-se, nesse caso especificamente, que as nomenclaturas, termos, eixos, diretrizes, prioridades e objetivos, apresentem discrepâncias semânticas, dificultando a identificação de elementos que sinalizem correspondência exata com os eixos da Política Nacional. Todavia, diante do alcance das aproximações realizadas, foi possível identificar em seus eixos que as ações eleitas, majoritariamente, enfatizam o modelo biomédico, direcionando o foco de atuação para aspectos patológicos e problemas de desenvolvimento. Observou-se, também, que as propostas de intervenção estão concentradas na faixa etária de até os dois anos de idade.

Mais do que apontar fragilidades no Planejamento Municipal, o que se pretendeu evidenciar aqui é que as políticas adotam uma perspectiva integral, mas, as ações para alcançar seus objetivos mostram-se insipientes e, apesar de falar em primeira infância de 0 a 6 anos, as ações concentram-se até os dois anos de vida. Igualmente notado, por exemplo, no Programa Criança Feliz que foi criado para reforçar a implementação do Marco Legal da Primeira Infância e promover, assim, o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância. Com o objetivo de fortalecer as competências da família, para que elas fortaleçam as competências de suas crianças, o programa visa contribuir para a quebra do ciclo da pobreza; para a redução da violência; diminuição da evasão escolar e promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e da oferta de cuidado permanente com a criança da gestação aos seis anos de idade. Porém, o Criança Feliz dirige seu atendimento para gestantes, crianças de até três anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; ou crianças de até seis anos beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas famílias, e crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar. O desenvolvimento é pensado integralmente, mas as ações ainda são restritas à parcela mais vulnerável e menor que três anos.

O Brasil tem uma das legislações mais avançadas do mundo no que diz respeito à proteção da infância e da adolescência. No entanto, concluiu-se que os avanços preconizados pelas políticas de

atenção à saúde da criança não têm se efetivado plenamente na organização da oferta da atenção integral, denotando a fragilidade na construção e execução desses instrumentos e tornando-se, por conseguinte, fator complicador para traçar um panorama mais congruente com as diretrizes da PNAISC (BRASIL, 2015c).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as estratégias de promoção da saúde voltadas à Primeira infância, realizadas no Território da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva intersetorial no município de Apucarana – PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Identificar as principais demandas do Território de atuação dos sujeitos da pesquisa referentes à Primeira infância;
- 3.2.2 Investigar as ações voltadas à Promoção da saúde na Primeira infância realizadas por atores sociais e profissionais atuantes na Rede Municipal de Apucarana, em um dos territórios da APS;
- 3.2.3 Analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações intersetoriais de Promoção da saúde na Primeira infância;
- 3.2.4 Identificar barreiras existentes no território e dispositivos potencializadores de Saúde para fomentar o trabalho intersetorial e a realização dessas ações.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória realizada no município de Apucarana, localizado no Estado do Paraná, Brasil. Composto por cinco distritos administrativos conta com uma área territorial de 555.395 km². O município de Apucarana tem uma população total, segundo projeção do IBGE no ano de 2010, de 120.919 habitantes e uma população estimada de 137.438 habitantes no ano de 2021.

Desses, 114.099 habitantes (94,36%) vivem na zona urbana e 6.820 (5,64%) na zona rural. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) geral é de 0,759 – incluindo seus três componentes: IDH Longevidade 0, 888; IDH Educação 0, 882 e IDH Renda 0, 507 (IPARDES, 2020).

O percurso metodológico foi estruturado para que, cada momento da pesquisa, subsidiasse o melhor direcionamento para a realização do Grupo Focal. Dessa forma, utilizando-se de informações obtidas pela coleta de dados primários e secundários, a seleção dos atores sociais se deu a partir da delimitação do universo amostral, da seleção e caracterização do Território de estudo, e, derivado dessa análise foram selecionados os atores sociais que mantinham vínculos mais expressivos com o território.

Para a delimitação e caracterização do território eleito foram observadas fontes secundárias públicas, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, e privadas, fornecidas pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (AMS), considerando o previsto no Termo de Sigilo e Confidencialidade (Apêndice A).

Em relação aos marcadores do desenvolvimento infantil, a pesquisa adotou por primeira infância o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança PNAISC (Brasil, 2015c), que considera criança, a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e, primeira infância, a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses.

4.1 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO AMOSTRAL E SELEÇÃO DO TERRITÓRIO DE ESTUDO

A delimitação do universo amostral ocorreu a partir do diagnóstico situacional, nas quatro Regiões de Saúde do Município, por meio da análise dos dados presentes no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, somado ao levantamento quantitativo realizado com os Enfermeiros(as) Coordenadores(as) das Unidades Básicas de Saúde de Apucarana-PR, que foram convidados a responder um questionário *online* (Apêndice B) utilizando o recurso *Google Forms*, contendo perguntas objetivas e perguntas de resposta aberta sobre as características do seu trabalho, sobre suas percepções e impressões a respeito da realidade do Território em relação à Primeira infância, bem como, a prioridade e o interesse pessoal e da equipe em dialogar sobre o tema. Inicialmente, visando aprimorar o instrumento, foi realizado um teste-piloto com três Enfermeiras, de diferentes municípios do Paraná, que responderam às

perguntas e fizeram sugestões sobre a organização e disposição do questionário *on line*. Todos os assinalamentos foram acatados pela pesquisadora.

Igualmente, para minimizar possíveis perdas diante do aligeiramento do processo de trabalho dos profissionais com o agravante da Pandemia, o questionário foi formatado para que fosse possível responder pelo próprio celular, com duração de aproximadamente oito minutos, sem a necessidade de autorização via e-mail, ou, direcionamento para outros links de acesso. Dessa forma, para facilitar a sensibilização dos participantes, optou-se por contatar os Coordenadores(as) por *whatsapp* em que a pesquisadora enviava um texto de convite padrão e, caso necessário, estendia as orientações por mensagem de áudio. Para isso, a anuência foi expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice C).

Justifica-se a escolha da Atenção Primária à Saúde como informante-chave para seleção do Território do Estudo, por esta ser compreendida como coordenadora do cuidado (BRASIL, 2012a). Por tratar-se de linha de frente, onde o primeiro contato do usuário acontece, a APS serve como centro de distribuição das informações, comunicando-se com toda a Rede de Atenção dos SUS e funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, o que a torna uma potencial leitora do Território e facilitadora da tomada de decisão para atingir os objetivos da pesquisa.

Assim a população do pré-estudo foi composta por 32 Coordenadores(as) Enfermeiros(as) das Unidades Básicas de Saúde, das quais três foram descartadas, por tratar-se de Unidades de Apoio. Foram enviados 29 questionários em obtiveram-se 23 retornos (uma recusa e seis desistências). As informações analisadas a partir de elementos da estatística descritiva, utilizando-se o programa IBM SPSS Statiscs 28.0.

4.1.1 Diagnóstico Situacional das Quatro Regiões de Saúde de Apucarana

O Município de Apucarana é dividido em quatro Regiões de Saúde e no ano de 2019 contava com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 43 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 25 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e quatro Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). As categorias profissionais presentes nas Unidades incluem Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Profissionais de Educação Física, além de Técnicos de Enfermagem, Auxiliares Administrativos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e Residentes multiprofissionais. Apucarana também possuía, no momento da realização da pesquisa, 24 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI); quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPSIj) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAd) e um Centro de Saúde Infantil Sonho de Criança, unidade pública de atenção pediátrica.

Em relação à situação ambiental, segundo o Censo, em 2010 o abastecimento de água pela rede geral de Apucarana chegava a 89,1% dos domicílios da cidade, significando que, 5.408 domicílios (10,9%) ainda não possuíam esse serviço, enquanto que o esgotamento sanitário de Apucarana chegava a 85,9% dos domicílios da cidade (APUCARANA, 2021).

Nesse sentido, ao pensar que o resultado da taxa de mortalidade infantil reflete a condição e eficácia dos serviços públicos básicos daquele local, como o saneamento básico, a disponibilidade de serviços médicos e medicamentos, a educação, a alimentação, os cuidados durante a maternidade, entre outros, de acordo com dados do IBGE, a taxa de mortalidade infantil em Apucarana variou de 10,61 a 18,48% no período de 2017 a 2020 (APUCARANA, 2021). Um número alto para os parâmetros da OMS que considera “aceitável” uma média de 10 mortes de bebês em cada mil nascimentos.

Desse modo, como estratégia de enfrentamento, para garantir à criança um conjunto de ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis, o município de Apucarana implantou a Linha Guia Rede Mãe Paranaense (2012). Toda sua estrutura baseia-se no fortalecimento e organização da atenção primária, secundária e terciária, estabelecendo protocolos que garantam uma atenção de qualidade, iniciando desde o pré-natal precoce, com a realização de sete ou mais consultas e seguindo com visitas domiciliares; busca ativa nos territórios de abrangência; matriciamento de casos com a Rede de Serviços do Município quando necessário; realização de ações educativas e de Puericultura para até dois anos de idade, com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo-se diagnóstico e tratamento precoce, evitando assim, desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também promove o aleitamento materno e a alimentação saudável; prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência.

O Programa é desenvolvido pela APS e Centro Infantil que prestam um atendimento multidisciplinar, contemplando as diversas ações como: atendimento odontológico; atendimento ambulatorial de baixo risco; soroterapia; serviço de pré e pós consulta com a dispensação e orientação dos medicamentos prescritos; atendimento médico, de enfermagem, e, palestras com os acompanhantes do menor na sala de espera.

É importante salientar que o Centro Infantil é um serviço de atendimento centralizado, que presta atendimento pediátrico ambulatorial para crianças de zero a doze anos, para suprir a demanda das unidades que não contam com Pediatra, fazendo, portanto, o atendimento de nível primário, que poderia ser realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Outro serviço oferecido pelo município para o mesmo fim, é o Ambulatório de Risco que, além do atendimento aos recém-nascidos, que recebem um tratamento especial realizado por médico Pediatra, atendem também as mães ou responsáveis pelas crianças fornecendo orientações sobre alguns procedimentos que podem ser feitos e alguns cuidados especiais que devem ser tomados. Após o

recebimento de alta, as enfermeiras do Hospital entram em contato com a equipe do Centro Infantil e agendam as consultas com o médico, para os recém-nascidos. São pacientes com problemas respiratórios, cardíacos, asmáticos, com bronquites, portadores do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), entre outros casos.

Mais um fator fundamental para garantir o bom atendimento às gestantes é a realização da estratificação de risco delas e dos bebês, com atendimento, para ambos, em ambulatório especializado, vinculando-se ao hospital mais adequado ao seu risco gestacional. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica que permite a organização dos serviços. Com base nesse estudo é que se definem três graus de risco da gestante e da criança: risco habitual, risco intermediário e alto risco.

A Atenção Primária é a porta de entrada e a ordenadora de todo o processo que se inicia com a busca ativa das gestantes e crianças menores de um ano, com a oferta de um pré-natal de qualidade, vinculação ao hospital de referência e a estratificação de risco. Para isso, a APS deve estar organizada de maneira que toda gestante tenha como referência uma unidade mais próxima da sua residência e conte com as Equipes de Saúde da Família, que têm, como principal tarefa, acompanhar as gestantes e crianças por meio da visita domiciliar de sua área de abrangência.

O município aderiu também, segundo seu Plano Municipal de Saúde (PMS), o Programa Saúde na Escola (PSE), dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído no ano de 2007 pelo Decreto número 6.286. Trata-se de um programa com potência para as práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças, contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando enfrentamento das vulnerabilidades da comunidade escolar que comprometem o pleno desenvolvimento nessa faixa etária. Se colocado, efetivamente em prática, com a sua potência transformada em resultados, então sim, o desenvolvimento integral do indivíduo e da comunidade estará garantido de forma mais ampla.

Em se tratando da infância, Apucarana contava, em 2010, com 16.270 crianças, representando 13,4% da população. Em 2020, sabe-se que na primeira infância, 6.489 crianças estão matriculadas na Educação Básica, na modalidade de ensino Educação Infantil, 3.087 crianças na Creche e 3.393 no Pré-Escolar (IPARDES, 2020).

No intuito de complementar as informações disponibilizadas no PMS e esmiuçar a realidade local, realizou-se um levantamento quantitativo com 23 UBS, onde foi possível: obter mais elementos sobre o território da APS e a organização da equipe (Tabela 1) e, levantar as relações e expectativas dos Servidores com o tema Saúde da Criança (Tabela 2).

Tabela 1 - Informações sobre o Território das APS e a organização da equipe segundo os Coordenadores (as) de APUCARANA – PR., 2021.

VARIÁVEIS	N	PERCENTUAL (%)
EQUIPAMENTOS SOCIAIS PRESENTES NO TERRITÓRIO CITADOS PELOS COORDENADORES (AS)		
Centros Municipais de Educação Infantil	16	69,6
Escola Municipal	16	69,6
Centro de Referência de Assistência Social	10	43,5
Centro de Referência Especializado de Assistência Social	4	17,4
Conselho Local de Saúde	9	39,1
Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil	1	4,4
Organizações não governamentais	2	8,7
Igreja	19	82,6
Conselho Tutelar	1	4,4
Movimentos Sociais	2	8,7
EQUIPES ATUANTES		
Residentes Multiprofissionais		
Sim	6	26,1
Não	17	73,9
TOTAL	23	100,0
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica		
Sim	15	65,2
Não	8	34,8
TOTAL	23	100,0
Pediatra		
Sim	0	0,0
Não	23	100,0
TOTAL	23	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: N= número de participantes; %= porcentagem

Tabela 2 - Relações e expectativas dos Servidores com o tema Saúde da Criança segundo os Coordenadores (as) de APUCARANA – PR., 2021.

VARIÁVEIS	N	PERCENTUAL (%)
REALIZA ALGUMA AÇÃO DE SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Sim	15	65,2
Não	8	34,8
TOTAL	23	100,00
ACOMPANHAMENTO PARA ALÉM DAS CONSULTAS		
Sim	10	43,8
Não	13	56,5
TOTAL	23	100,00
PRIORIDADE EM RELAÇÃO AO TEMA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Alta Prioridade	16	69,6
Média Prioridade	7	30,4
Baixa Prioridade	0	0,0
TOTAL	23	100,0
IMPORTÂNCIA PERCEBIDA SOBRE A INCORPORAÇÃO DE OUTRAS PRÁTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA		
Muito Importante	11	47,8
Importante	11	47,8
Pouco importante	1	4,4
TOTAL	23	100,0
COMO PERCEBE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DA EQUIPE SOBRE O TEMA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Insatisfatório	7	30,4
Muito Insatisfatório	2	8,7
Satisfatório	14	60,9
TOTAL	23	100,0
INTERESSE DE ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE SOBRE O TEMA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Todos interessados	1	4,4
Maioria interessada	8	34,8
Metade interessada	5	21,7
Poucos interessados	9	39,1
TOTAL	23	100,0
INTERESSE EM CONVERSAR SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA		
Sim	22	95,5
Não	1	4,5
TOTAL	23	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: N= número de participantes; %= porcentagem

A realização da análise proporcionou, com o recorte da primeira infância, maior conhecimento acerca da realidade local - mapeando os equipamentos sociais existentes e a constituição das equipes - e pôde ser utilizada como ferramenta de planejamento e enfrentamento dos problemas de saúde facilitando a tomada de decisão para a seleção do Território mais propício para realização do estudo.

4.1.2 SELEÇÃO DO TERRITÓRIO DE ESTUDO

Na sistematização dos dados, foram excluídas do segundo momento da pesquisa: duas UBS por não considerarem o tema prioritário; oito UBS que não demonstraram haver interesse em debater o tema por parte dos profissionais; uma UBS em razão de não haver interesse do Enfermeiro; oito que não realizavam ações de saúde na primeira infância; e, uma por não ser possível identificar o número de crianças pertencente àquele território.

O território da UBS Dona Maria do Café foi eleito para o segundo momento por apresentar um dos maiores percentuais de crianças na primeira infância, totalizando aproximadamente 11% da população. E, ainda, de acordo com a avaliação da Coordenação das UBS, constante do questionário do *Google Forms*, a equipe daquela Unidade considerou o tema da primeira infância como sendo de alta prioridade, pertinente e/ou muito importante e ainda, a maioria dos profissionais, mostrou-se interessada em debater o tema sugerido, aderindo à proposta da pesquisa, elementos considerados fundamentais para o desenvolvimento do Estudo.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E SELEÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

4.2.1 Caracterização do Território Selecionado

Maria do Café nasceu em 13/02/1926. Era uma senhora benzedeira, moradora do bairro, que ajudava os necessitados com bens materiais, alimentos e suas rezas. Por isso, muitas pessoas acreditavam em curas devido a sua fé. Faleceu na data 12/06/1999 e a causa da morte não foi relatada. Em sua homenagem, a Unidade Básica de Saúde foi batizada como “UBS Dona Maria do Café” e foi inaugurada em 2004.

A Unidade possui duas Equipes de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE), que, por função, encontram-se assim distribuídas: duas Enfermeiras; quatro Técnicas em Enfermagem; dois Médicos; um Dentista; dois Auxiliares de Dentista; seis ACS e três ACE; uma Serviços Gerais; dois Estagiários, que desempenham papel administrativo e seis Residentes, sendo um Fisioterapeuta; uma Nutricionista; um Profissional de Educação Física; uma Psicóloga; um Dentista e um Enfermeiro, todos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica da AMS.

Localizada na Região de Saúde 2, área urbana com uma extensão territorial de 37.865,37m², apresenta uma represa – Represa do Schmidt - e uma nascente. Não possui áreas de risco ambiental, áreas

de aglomeração urbana, como favelas e cortiços, e nem áreas de assentamentos e ocupações. Em relação ao Perfil Demográfico, a UBS atende a uma população estimada de 5.718 pessoas, dentre estas, estão na faixa etária da infância (0 a 9 anos) 609 crianças sendo 125 crianças com até 02 anos de idade. Em relação ao perfil epidemiológico, a área estratificada apresenta 523 hipertensos; 117 diabéticos; 598 idosos; 15 acamados; 28 gestantes (APUCARANA, 2021).

O seu território é composto por seis Escolas, duas Estaduais e quatro Municipais; um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI); um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região – CISVIR; uma Capela Mortuária; um Centro de Atenção à Mulher (CAM); um Centro de Oficinas que oferece cursos gratuitamente; um Centro da Juventude, além de outras Organizações Sociais.

A UBS tem seu horário de funcionamento estendido, oferecendo atendimento das 07h às 22h. Possui Conselho Local de Saúde, com reuniões mensais, e conta com a participação do presidente da Associação dos Moradores do Bairro, usuários, profissionais de Saúde, e conselheiros, porém encontra-se desativado em razão da Pandemia.

As áreas públicas de lazer existentes contemplam campos de futebol, ginásio de esportes, pista para caminhada, parques infantis e academia ao ar livre. A UBS tem uma Horta Comunitária que abriga o “Projeto Acolher” sendo que este associa Saúde Mental e horticultura.

A área de abrangência da UBS é servida por asfalto, rodovias e ferrovias. Existe o transporte público na região, sendo que quatro linhas atendem a quatro bairros. As condições dos pontos de ônibus são precárias, sem cobertura, muitos sem calçadas e com acessibilidade parcial, tendo em vista que apenas alguns possuem rampa de acesso. Dentro da área de abrangência, existem locais com um bom asfalto, porém, em outros, com uma maior vulnerabilidade social, ele não segue o mesmo padrão, apresentando baixa qualidade. Há a presença de boa sinalização, principalmente em locais mais movimentados (próximo às escolas e à UBS). O tráfego de veículos é considerado baixo, tratando-se de uma área pouco movimentada.

4.2.2 SELEÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Considerando as características desse território, a pesquisadora convidou os sujeitos da pesquisa procurando manter a representação de vários atores sociais, oriundos dos diferentes cenários, que estavam inseridos no território eleito, no mínimo, há seis meses.

Assim, para a seleção dos atores sociais que participaram do estudo, a pesquisadora utilizou uma amostra intencional em que os sujeitos foram escolhidos analisando suas relações e ligações com a UBS Dona Maria do Café. Após contato com duas Coordenadoras Enfermeiras da UBS, fez-se um levantamento com indicações de atores sociais da rede que poderiam participar do estudo. Inicialmente,

por associação livre, as Coordenadoras foram indicando equipamentos sociais que mantinham ligações mais significativas com a UBS e pessoas consideradas parceiras daquele Território.

Dessa maneira, foram sugeridos para compor o grupo focal, representantes do CRAS, CMEI, Cento de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDMCA), Conselho Tutelar (CT), a presidente do Conselho Local de Saúde, a responsável pelo salão da Igreja, a Enfermeira da 16º Regional de Saúde, responsável pela pasta da Rede Materno Infantil, a Coordenadora do Centro Infantil, o Coordenador do PSE, e com mais ênfase, a professora da Escola Municipal localizada ao lado da Unidade. Os representantes foram abordados por contato telefônico e/ou ofício e e-mail, e dentre essas indicações, uma representante do CREAS estava indisponível por ter um compromisso anteriormente agendado; a enfermeira da 16º encontrava-se de férias; a responsável pela Igreja relatou não ter relação direta com a infância para além da catequese e o Conselho Tutelar e o CDMCA não responderam ao convite. Ademais, não foram incluídos no convite representantes do Esporte e da Cultura, e, como o Conselho Local de Saúde estava suspenso devido à Pandemia, optou-se por não inserir um representante da comunidade, o que pode ser percebido como uma das limitações desta pesquisa.

4.3 REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL

Quanto às potencialidades da técnica, Minayo (1992, p. 129) aponta que

o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Para a realização do Grupo Focal desenvolveu-se um roteiro semiestruturado - partindo de questões-chave mais amplas para as mais específicas - que foi submetido à apreciação de profissionais e residentes que atuam na APS e que não fariam parte do Estudo, para verificar se as perguntas estavam compreensíveis e possibilitariam o alcance dos objetivos. Com esse *feedback*, iniciou-se a coleta.

O Grupo Focal, realizado presencialmente em setembro de 2021, no Polo UAB – Universidade Aberta do Brasil, foi conduzido em ambiente neutro e seguro e devidamente preparado para possibilitar o distanciamento, com boa iluminação e ventilação. Os participantes estavam dispostos ao redor de uma mesa e tinham materiais individuais, álcool gel, todos usavam máscara e já haviam se vacinado contra a Covid-19 com as duas doses. Inicialmente, os indivíduos foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e convidados a sentarem-se e preencherem seus crachás e uma Ficha de Caracterização (Apêndice D) direcionada à obtenção de informações contendo dados pessoais; formação; tempo de formação; profissão; local e área de atuação no território e tempo de prática na função que exerce.

Após o *rapport*¹ inicial, foi realizada a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicitando as orientações quanto à faixa etária a que se refere a primeira infância (0 a 6 anos); o enquadre; o tempo médio de duração e a importância de todos contribuírem com o Estudo através de suas falas. Nesse momento, os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o TCLE - Grupo Focal (Apêndice E) e não houve desistências.

Para a composição do grupo focal, foram selecionados nove representantes dos quais, oito compareceram, a saber:

Quadro 1 – Atores sociais que participaram do estudo.

Atores Sociais	Segmentos que representam
Enfermeira	Coordenadora da Unidade Básica de Saúde e Conselheira do Conselho Municipal de Saúde
Assistente Social	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
Coordenadora Pedagógica	Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI)
Terapeuta Ocupacional	Gestora do Departamento de Saúde Mental;
Fisioterapeuta	Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, atuante na UBS Dona Maria do Café
Coordenador do Programa Saúde na Escola	Autarquia Municipal de Saúde (AMS)
Psicóloga	Centro de Apoio Multiprofissional ao Escolar (CAME) e também da Macro Rede de Enfrentamento das Violências Contra Crianças e Adolescentes;
Professora	Educação Infantil.

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

A Coordenadora do Centro Infantil que havia confirmado previamente a sua participação, não compareceu na data marcada e não apresentou justificativa.

Esses atores sociais apresentaram em média 37,7 anos, encontrando-se na faixa etária entre 23 e 54 anos, sendo o grupo focal constituído predominantemente do gênero feminino (87,5%). Na categoria tempo de atuação os participantes, de diferentes áreas de formação, trabalham em média há seis anos no Serviço Público em diferentes setores, a constar, Educação, Saúde e Assistência Social. Destes 75% estão inseridos na modalidade de vínculo estatutário e 100% relatou ter uma ou mais pós-graduações em áreas afins da saúde.

Além dos participantes, a aplicação do Grupo Focal contou com a presença da Pesquisadora - Psicóloga especialista em Gestão Pública e Psicanálise - responsável pela facilitação, e de uma Observadora – Fisioterapeuta Sanitarista Mestre em Saúde Coletiva- que, treinada sobre que pontos

¹ *Rapport* é um conceito do ramo da psicologia que significa uma técnica usada para criar uma ligação de sintonia e empatia com outra pessoa. Esta palavra tem origem no termo em francês *rapporter* que significa "trazer de volta".

observar, contribuiu para a captação e o registro de comportamentos verbais e não verbais, fazendo anotações de campo durante o grupo focal. Ambas são Tutoras do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná. As questões norteadoras do grupo foram governadas por discussões em relação às ações desenvolvidas e o uso de ferramentas, tais como: reuniões e ações intersetoriais, reuniões de equipe, ativação e participação em Conselhos locais e Municipais, atividades terapêuticas e/ou educativas, agendas compartilhadas, realização do Programa Saúde na Escola, puericultura multiprofissional, articulação entre equipes e gestores, entre outras, contidas no Roteiro Semiestruturado do Grupo Focal (Apêndice F).

O Grupo Focal foi realizado em um encontro de aproximadamente 1h44min em que os participantes puderam interagir, trocar e expressar, verbalmente, suas impressões e sugestões sobre o tema proposto. Diante da exploração da temática e da qualidade do material coletado, não foi necessário realizar mais um encontro de igual período.

A pesquisa utilizou gravação de áudio e o material colhido no Grupo Focal foi, inicialmente transcrito, utilizando-se o site *oTranscribe*². As falas do Grupo Focal foram transcritas (*sic passim*) e preservadas em sua forma coloquial para dar maior oportunidade de compreensão do contexto da pesquisa. Igualmente, optou-se por não fragmentar os diálogos que ocorreram, simultaneamente, entre os atores sociais, pois essa dinâmica expressou o alcance de um dos objetivos centrais do método de coleta Grupo Focal que é a interação entre os seus participantes. O material foi posteriormente analisado, contemplando-se as fases de pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e a interpretação, obedecendo-se ao referencial teórico de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Os dados foram submetidos à leitura flutuante e exploração do material, onde a escolha do *corpus* seguiu a regra da pertinência e da exaustividade. Em seguida, os dados foram codificados, recortados em unidades de registro e categorizados, possibilitando a interpretação e sistematização do objeto pesquisado.

Dessa forma, utilizou-se da análise temática de Bardin (2011), derivada dos dados em que, para construir as categorias, a pesquisadora foi encontrando os núcleos de sentido que compuseram a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, significou alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. A discussão foi estruturada em quatro categorias, nas quais, preocupou-se em garantir a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, objetividade e a fidelidade, e a produtividade.

Visando preservar sua identidade, os nomes foram substituídos por códigos ou nomes fictícios, assegurando-se a confidencialidade dos dados e resguardando-se o anonimato. Portanto, os atores sociais foram identificados no texto pela letra P - de Promotores da Saúde- e foram enumerados de acordo com a

² *oTranscribe* é um aplicativo da web gratuito para transcrever entrevistas gravadas. Foi projetado para tornar a tarefa manual de transcrição de áudio um pouco menos dolorosa.

ordem em que apareceram pela primeira vez na dissertação, P1, P2, P3 e assim sucessivamente até o P8. Todos os procedimentos da análise de dados foram desenvolvidos pela pesquisadora.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este Estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e com a Resolução nº 580/2018, que estabelece especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa autorizada pelo parecer nº 4.533.251, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE nº 42168821.8.0000.5231 (Anexo 1) foi realizada após a assinatura do Termo de Autorização Institucional da Autarquia Municipal de Educação (Apêndice G); do Termo de Autorização Institucional da Secretaria Municipal de Assistência Social (Apêndice H); do Termo de Autorização Institucional da Autarquia Municipal de Saúde (Apêndice I); dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e do Termo de Confidencialidade e Sigilo que apresentou explicações quanto ao procedimento, finalidade do estudo e seus possíveis riscos e benefícios.. Diante da atual realidade sanitária da Pandemia Covid- 19 a pesquisa ocorreu obedecendo ao Decreto Estadual nº 8771 de 21/09/2021.

O conteúdo levantado foi gravado com auxílio de dois celulares e, após a sua transcrição e análise, devidamente descartado. Tratou-se de uma pesquisa voluntária em que os atores sociais não pagaram e nem foram remunerados. Garante-se, no entanto, que todas as despesas decorrentes, especificamente das participações na pesquisa, foram ressarcidas. Destaca-se que, no manejo da pesquisa, todos os cuidados foram tomados para reduzir riscos e, os atores sociais realizaram todas as etapas do estudo sem identificação de riscos e desconfortos decorrentes de sua participação.

O benefício decorrente da participação no estudo, foi a importante contribuição para a discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da saúde, no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público. Após o fechamento do trabalho, a pesquisadora comprometeu-se em realizar uma devolutiva sobre os resultados obtidos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados desta pesquisa é oportuno fazer uma breve contextualização do momento em que ela se deu. Nos últimos dois anos, a Humanidade tem convivido com a Pandemia Covid-19. Um vírus altamente contagioso e com amplo poder de disseminação espalhou-se pelo mundo, infligindo dor, sofrimento, medo, insegurança e morte. Escorados na esperança e na promessa da ciência para o desenvolvimento de uma vacina, especialistas e governantes estabeleceram medidas de proteção como o isolamento social, a utilização de máscara, o *lockdown*, na tentativa de diminuir o seu alastramento e atenuar os efeitos de sua letalidade no mundo.

Para os cientistas sociais, a Covid-19 passou a ser classificada como uma Sindemia e não mais como uma Pandemia. Sindemia é um termo criado em 1990, pelo antropólogo norte-americano Merrill Singer, a partir da combinação das palavras sinergia e pandemia, para explicar que determinada doença pode causar danos muito mais extensos, dependendo das condições de saúde e socioambientais da pessoa infectada. Ou seja, o conceito de Sindemia considera que os problemas de saúde se agravam em populações de acordo com seu contexto social e econômico, e esse mesmo contexto agrava os problemas de saúde (MENDES, 2020).

Importou para esta pesquisa, sinalizar que os imbricamentos da Covid-19 foram considerados em toda a sua condução e, na realização do Grupo Focal, os participantes puderam discorrer livremente sobre o tema, sem reprimir quaisquer manifestações, independentemente da temporalidade das ações desenvolvidas. Em vista da magnitude deste momento histórico, as associações entre “antes e depois da Pandemia” apareceram em diversas ocasiões. Dessa maneira, observou-se que a Pandemia/Sindemia permeou o transcorrer das discussões.

É claro que a Pandemia limitou muito a gente, né? (P1).[...] a gente conseguia fazer muito mais coisas antes da Pandemia...a gente consegue falar muito mais antes da pandemia do que agora. (P2).

Na época da Pandemia, nós estamos na Pandemia ainda, isso foi suspenso, então, a gente tá retomando e muitas vezes, a mãe traz uma demanda e a gente, com Pandemia, ficou bem pior porque daí parou tudo, né, por questões de segurança [...]mas, mesmo sem a Pandemia, tem essa dificuldade. (P3).

O material coletado foi organizado a partir das falas dos participantes do Grupo Focal que compartilharam suas vivências e experiências e, derivadas de sua análise, emergiram quatro Categorias: **1) Demanda “mais Pititiquinha”**³ e a situação de saúde na primeira infância: da clínica ao social; **2) PueriCULTURA: Ritalina para Todo Mundo**⁴; **3) Rede de Nó(s):** criando laços intersetoriais e **4) MultiplicAÇÃO:** estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância, que serão discutidas a seguir.

³ Expressão utilizada pelo ator social P4 durante o grupo focal

⁴ Expressão utilizada pelo ator social P4 durante o grupo focal

5.1 DEMANDA “MAIS PITITIQUINHA” E A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: DA CLÍNICA AO SOCIAL

Com o objetivo inicial de investigar os principais problemas de saúde e demandas referentes à primeira infância e analisá-las sob a lógica da Clínica Ampliada, fez-se imperativo compreender a criança pequena como sujeito de direitos, mapeando a atual situação de saúde e os fatores de risco preponderantes, identificados pelos atores sociais durante o grupo focal, para enfrentá-los e assim, promover saúde. Como ponto de partida observou-se o aumento da demanda “*mais pititiquinha*”, isto é, demanda dessa faixa etária entre os zero e seis anos, como exposto nas falas a seguir.

O CAPS Infantil que está sendo reestruturado para, principalmente tá atendendo essa demanda mais pititiquinha que tá vindo agora, né? (P5).

[...]a demanda aumentou muito e a gente não conseguia fazer, também, esse acompanhamento bem de perto (P7).

Mas, assim, enquanto Unidade de Saúde, a gente atende muito essa demanda, principalmente dessa primeira infância até os dois anos de idade, né?! Em que a relação à puericultura, mesmo pensando na primeira infância (P2).

Lá na escola é todo tipo de demanda (P6).

O novo cenário estabelecido no campo da saúde da criança a partir da integração dos recentes conhecimentos científicos, produzidos com os avanços tecnológicos e a nova demografia que se apresenta, trouxe a necessidade de mudanças no modelo de atenção à primeira infância. Por isso, antes de prosseguir com a apresentação do amplo leque de queixas/problemas/solicitações detectadas por esta pesquisa, torna-se relevante discutir os conceitos de demanda e oferta.

Deve-se assinalar que esses conceitos não são estáticos e, dessa forma, consideram em sua gênese, a plasticidade da estrutura social e dos modelos de cuidado e atenção em Saúde que se apresentam em constante processo dialético. Ou seja, assim como para o filósofo Heráclito, em que um homem não toma banho duas vezes no mesmo rio porque nem o homem e nem o rio serão os mesmos, igualmente os processos saúde-doença provenientes de um território vivo, também devem ser entendidos em movimento.

Nesse caso, adotou-se a seguinte concepção:

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido, pela equipe. (CECÍLIO, 2001, p. 94)

Em outras palavras, essa perspectiva de que a demanda nem sempre será a expressão de necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados (CECÍLIO, 2001).

Diante desses esclarecimentos, utilizou-se do conceito de Demanda na identificação das queixas/problemas e na experiência do sofrimento percebida pelo sujeito expressada em seu pedido de ajuda, mesmo que não represente o motivo pelo qual ele veio. E para as reflexões críticas propostas, norteou-se pelo conceito de Necessidade, ordem subjacente à queixa, atravessada pelo desejo e pela demanda.

Em relação às condições de saúde na primeira infância, de acordo com os atores sociais da pesquisa, pôde-se verificar a existência de duas principais frentes de problemas de saúde. A primeira, relacionada às demandas de ordem clínica e a segunda, de ordem social. Pensar separadamente e de forma dicotômica esses elementos faz sentido apenas para fins de didática e sistematização. Assim, iniciar-se-ão as discussões pela manifestação das demandas clínicas narradas a seguir:

Questão de dente das crianças... Gente, criança chora de dor de dente dentro da escola[...]. Às vezes, uma ferida que aparece; às vezes, a criança que não está andando na marcha certa... (sic passim) (P6).

No CAME, a gente trabalha principalmente com as dificuldades de aprendizagem a gente tem criança com Síndrome de Cantu; a gente tem crianças Down, já diagnosticadas, né? (P7).

Principalmente agora, no ano pandêmico, muitas crianças prematuras e tudo mais, também! (P8).

Muitos que a gente chama de "Bebê da Pandemia" que vem com muitas questões de distúrbios sensoriais, mas, que não necessariamente, serão diagnosticados com algum transtorno ou alguma outra patologia (P4).

Essa predominante demarcação das demandas clínicas, que vão desde queixas odontológicas, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor até Transtornos Sensoriais e Distúrbios Neurológicos, podem ser observadas nos dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2020) e pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, no inquérito de base domiciliar, realizada pelo IBGE, para avaliar as condições de saúde da população. Alguns dos elementos analisados sobre a realidade e estrutura de consumo dos serviços de saúde encontram-se demonstrados a seguir.

Segundo a PNS, nos 12 meses anteriores à entrevista, portanto, em 2018, 76,2% da população (159,6 milhões) havia se consultado com um médico – aumento considerável frente a 2013 (71,2%). Já a proporção de pessoas que consultaram dentista não chega à metade da população (49,4%), apesar do aumento em relação a 2013 (44,4%). Sabe-se que doenças bucais de alta prevalência prejudicam o crescimento e o desenvolvimento, afetando a imagem corporal, a estética, a mastigação e a fala. No caso das crianças, a título também *da dor de dente*, relatada pela participante do grupo focal, é crucial

consolidar nessa faixa etária a ideia do autocuidado e da importância da manutenção de uma boa saúde bucal para toda a vida. (BRASIL, 2017a).

Em 2019, de acordo com a PNS, 60,0% dos domicílios estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família (44,0 milhões de domicílios), um aumento de 6,7 pontos percentuais em relação a 2013, quando eram 53,3% de domicílios cadastrados (34,6 milhões). Dos domicílios cadastrados há um ano ou mais, 38,4% (15,4 milhões) receberam visita mensal de Agente Comunitário de Saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família. Esse percentual caiu consideravelmente frente a 2013 (47,2%), embora a quantidade de visitas fosse menor (14,1 milhões). Ou seja, o total de domicílios cadastrados aumentou mais do que a realização de visitas. Verificou-se, também, que 23,8% (9,5 milhões) dos domicílios cadastrados há um ano ou mais em Unidade de Saúde da Família nunca receberam visita de Agente Comunitário de Saúde ou membro da Equipe de Saúde da Família, um forte aumento em comparação a 2013, quando o percentual era de 17,7% (5,3 milhões). Acrescenta-se ainda a esses números que apenas 4,2% da população acessou alguma Prática Integrativa Complementar em Saúde (PICS).

Pressupõe-se que, ao considerar a conjuntura de crise do capitalismo, a crise econômica e de austeridade fiscal e o predomínio de políticas neoliberais, esses números indiquem uma relação entre o sucateamento da Atenção Básica e a reconfiguração do processo de trabalho da ESF diante da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2017a), distanciando-a do Território. Desse modo, expressivas mudanças como as ocorridas a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos públicos com saúde e educação por vinte anos, impactam, sobremaneira na população, além de repercutir na atuação do Estado frente às políticas públicas (ARAÚJO, 2019).

Desse modo, o lugar de construção de vínculos da comunidade entre equipe e os ACS que possibilitava o autocuidado apoiado, como outra possibilidade não farmacológica, para a prática em saúde encontra-se ameaçado, ou se não, destituído. A exemplo disso observa-se as PICS que tem por objetivo valorizar os saberes populares e tradicionais, e são pouco acessadas pela população. Condição essa equivalente, sobre a insegurança em relação aos saberes populares, também foi encontrada no Território de estudo e sinalizada através de um exemplo corriqueiro nas UBS a respeito do manejo da febre.

Uma coisa que é muito importante para gente, na questão da febre, o que a gente pode fazer? A gente pega o telefone e liga para os pais: o pai está no serviço, vai demorar chegar; a criança está lá, com 39,5, quase 40 graus... as meninas lá no Posto me socorrem, mas, porque são minhas vizinhas, mas, a gente precisa de mais preparo para lidar com essas situações, em fazer uma compressa, porque a gente não pode medicar porque não sabe se é alérgica... (P6).

Desse ponto de vista, infere-se que a forma da sociedade se relacionar com seus processos de saúde e compreensão do adoecimento, refletem, diretamente, no modo de solicitar e buscar os serviços de saúde. A ideia de saúde apenas como ausência de doença acaba provocando um *superávit* nas demandas da atenção médica e intensifica a crise na estrutura dos Sistemas de Saúde.

Ademais, essa redução das visitas domiciliares, interpretadas aqui sob a luz da mudança do modelo de atenção, repercute inclusive em situações anteriormente consolidadas, tal como a cobertura vacinal, em que o ACS tem o importante papel no incentivo do cumprimento do calendário vacinal e na busca ativa de famílias e crianças. Demanda constatada na próxima fala.

As demandas mesmo, eu acho que o autocuidado com a criança, pô, agora, no tempo de Pandemia, caiu muito porque a gente percebe, principalmente nas vacinas, o quanto a gente tá tendo atraso vacinal agora que voltou as aulas porque precisou das declarações de novo. Então... assim... a gente percebe o quanto que ainda a gente tem atraso disso. (P2).

Presume-se que a Pandemia da Covid-19 influenciou a cobertura vacinal e seus prejuízos foram sentidos globalmente. O problema da interrupção dos serviços de vacinação levou a OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) a alertarem que 117 milhões de crianças, em 17 países, poderiam deixar de receber a vacina contra o Sarampo, que também provocou surtos em diversas partes do mundo, incluindo o Brasil. Segundo a OMS, 125 campanhas de vacinação que estavam marcadas para o primeiro semestre de 2020 foram adiadas. Porém, no Brasil, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a cobertura vacinal está há cinco anos consecutivos em queda (data anterior à Pandemia). Esse é um dado relevante em que o Ministério da Saúde ressalta a importância de direcionar esforços para reverter esse quadro, realidade também expressa localmente.

É inegável perceber que, independentemente da pluralidade de intervenções em Saúde, os dados apontam para o predomínio do consumo de práticas assistenciais e terapêuticas em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde. Paralelamente, na medida em que se observa uma alta procura por consultas médicas nota-se, também, um declínio na realização de visitas domiciliares. É justamente por isso que é muito importante refletir as reais necessidades de Saúde frente às demandas manifestadas para ampliar as dimensões subjetivas, políticas, sociais e econômicas do cuidado em Saúde.

Para tanto, novamente enfatiza-se que as crianças são sujeitos de direitos e os adultos são responsáveis por sua garantia – ou detentores de deveres e responsabilidades. Para isso, eles são imbuídos de diversas responsabilidades civis, éticas, afetivas e políticas. Para a Organização das Nações Unidas:

A criança é inocente, vulnerável e dependente. Também é curiosa, ativa e cheia de esperança. Seu universo deve ser de alegria e paz, de brincadeiras, de aprendizagem e crescimento. Seu futuro deve ser moldado pela harmonia e pela cooperação. Seu desenvolvimento deve transcorrer à medida que amplia suas perspectivas e adquire novas experiências. Mas, para muitas crianças, a realidade da infância é muito diferente. (ONU, 1990).

No contexto desta pesquisa, as situações predominantemente identificadas pelo grupo abordaram questões pungentes como fome, obesidade, violência, negligência, fragilidade dos vínculos familiares e do desenvolvimento da parentalidade, a perpetuação do ciclo da pobreza e das iniquidades esculpidas pelos determinantes sociais (CDSS, 2010). As falas subsequentes, enquanto denunciam as violações de direitos, expõem um forte apelo para olhar para as demandas sociais.

Eu observo que (pós-pandemia, né?) a nossa demanda aumentou, sobretudo para concessão de benefícios eventuais, sobretudo alimentação que é um direito básico, né, direito social... e essas famílias vêm ao CRAS - famílias que nunca tinham acessado o CRAS - veio atrás com a Pandemia, por conta de não ter alimentos em casa, pelo desemprego, né, pela essa redução na renda... Então, essa foi a nossa maior demanda (P3).

Hoje, se me pergunta qual é a maior demanda do CRAS, eu falo sim, que é a alimentação! É uma realidade... assim... que subiu gigantesca... assim... a família, hoje, brasileira, a maioria que nós atendemos não tem o que comer e teve o agravante, né, que as aulas foram remotas e essas famílias falavam, nos atendimentos, que elas dependiam da alimentação da escola (P3).

Dados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional – REDE PENSSAN – em 2020 (Rede Penssan, 2020), apontam para alarmantes 19 milhões de brasileiros passando fome no final do ano anterior e mais da metade dos moradores do país enfrentando algum grau de insegurança alimentar e a Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança (Fundação Abrinq, 2021), calcula que há, ao menos, 9,1 milhões de crianças de 0 a 14 anos em situação domiciliar de extrema pobreza .

Isso muito nos preocupou, sabe, porque a gente tinha criança que a gente visitava e, realmente, a criança não tinha o que comer! Tivemos os casos das crianças que passaram fome, mas também, o caso das crianças obesas para escola. A grande maioria então porque as crianças, praticamente viraram o tecido do sofá: não brincavam, não corriam... Na escola, agora, eles ficam ofegante, passa mal pela questão do peso (P6).

Neste tópico, nota-se que os atores sociais discutiram essa demanda nutricional como se fossem antagônicas, porém, fome e obesidade são oriundas de uma mesma vertente: a insegurança alimentar. Segundo o relatório O Estado da Insegurança Alimentar e Nutrição no Mundo - The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI) - a má nutrição persistiu no ano anterior à pesquisa, em todas as suas formas, com as crianças pagando um preço alto:

[...]em 2020, estima-se que mais de 149 milhões de menores de cinco anos sofriam de atraso de crescimento ou eram muito baixos para sua idade; mais de 45 milhões – debilitadas ou muito magras para sua altura; e quase 39 milhões – acima do peso. Três bilhões de adultos e crianças permaneceram excluídos de dietas saudáveis, em grande parte devido aos custos excessivos - o mundo não está a caminho de atingir as metas de nenhum indicador nutricional até 2030 (WHO, 2021, p.6).

Seguindo no tema de alimentação da criança, a PNS (2019) também investigou quais alimentos eram dados a elas. Foi estimado que apenas 27,8% das crianças com idade inferior a 6 meses de idade foram alimentadas exclusivamente com leite materno e 57,8% das crianças com menos de 2 anos de idade comiam biscoitos, bolachas ou bolo, e que 25,0% comiam doces, balas ou outros alimentos com açúcar , o que pode sinalizar que apesar da instituição da PNAISC (2015) que assinala como uma de suas prioridades “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida” com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e à garantia de um ambiente facilitador à vida de mulheres e bebês, com condições dignas de existência e pleno

desenvolvimento, ainda não foi possível observar a concretização de seus avanços segundo os dados da realidade apreendida (BRASIL, 2015c).

Ainda reforçando a importância de transpor esses preceitos para a realidade nacional o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) afirma:

Os estudos das Ciências da Saúde e da Psicologia sobre o crescimento e o desenvolvimento confirmam a importância da amamentação e da nutrição, dos cuidados parentais e das relações estabelecidas no ambiente, do contexto familiar e cultural para a proteção social da criança como direito fundamental à vida, em qualquer situação ou local de residência. Eles são referências fundamentais para a saúde física e psíquica da criança: neles estão implicados a construção de sua subjetividade em bases estáveis, assim como seu desenvolvimento global (RNPI, 2020, p. 34).

Se por um lado, a desigualdade social, a insegurança alimentar, - entendendo-se aqui, quando o acesso e a disponibilidade de alimentos são escassos, obrigam as pessoas em vulnerabilidade a buscar opções que caibam em seus orçamentos, ou, a depender de doações, da concessão de benefícios e até mesmo, de coletas em lixos, por outro, a oferta de alimentos de má qualidade como os *fast foods*, dos ultraprocessados, com alto teor de sal, açúcar e gordura, apresentam-se com preços cada vez mais acessíveis, contrapondo-se aos *in natura* (BRASIL, 2019c). A equação é simples: mata o pobre mais rapidamente.

Em suma compreende-se um emparelhamento entre os baixos índices de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno antes dos seis meses de idade, e a introdução de alimentos ultraprocessados, precocemente, antes dos dois anos de idade, ambos sinais de vulnerabilidade e capazes de prejudicar o desenvolvimento infantil.

As iniquidades sociais têm sido, há muito tempo e, de longe, os principais fatores para os altos níveis de pobreza no Brasil. Não se trata de resultados gerados por agentes naturais/biológicos ou agentes tecnológicos, mas de desigualdades desnecessárias provocadas por ações de outros agentes humanos através das relações de poder econômico, político e sociocultural e que poderiam ser evitadas. As injustiças na distribuição de renda e na falta de oportunidades de inclusão econômica e social constituem-se, indiscutivelmente, nos grandes responsáveis pela penúria persistente na vida de milhares de brasileiros (CDSS, 2010).

Prosseguindo nessa perspectiva, a pobreza é, por si só, uma violação de direitos, por isso o cuidado às crianças, necessariamente envolve características de seu desenvolvimento, que se não forem abordadas, afetarão sua saúde e desempenho na vida adulta e, por conseguinte, a sociedade em que vivem. Assim, a identificação e vigilância de questões de abusos, negligências e violências, de caráter intra e extrafamiliar, são fundamentais para a promoção da saúde e parte importante do adulto em que a criança se transformará. É necessário salientar que uma criança pode ser afetada por mais de um tipo e natureza de violência, especialmente em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se inter-relacionam (BRASIL, 2014e).

Os atores denunciam essa realidade:

O que eu observo que aumentou muito: violência; negligência; as dermatites; assaduras, essas coisas têm aumentado muito, muito, muito, muito, também (sic passim) (P2).

Nós vemos crianças que a fraldinha que foi trocada aqui, 5 da tarde, chega amanhã às 7 da manhã com a mesma fraldinha (P5).

[...] é desde questão de piolho a gente vai para o posto (alvorço). Eu não falo de pouquinho piolho!!! (P6). Piolho que cai na camiseta da escola!!! (P5).

[...]Quando você fala: - "Procure o posto que eles vão te orientar!", aí os pais: - "Mas, de piolho?!" Mas, o posto atende?(P6). Tem shampoo, tem tudo, né? (P1). - Eles não têm essa consciência... tem tudo ... (P6).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 13 de julho de 1990, determina, em seu artigo 5º, que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. No entanto, os números que apontam para uma realidade de violações de direitos de crianças e adolescentes impressionam.

Dados divulgados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH, 2021, mostram que, em 2020, o Brasil recebeu, pelo Disque 100, um total de 153,4 mil denúncias sendo que, em cerca de 66% (79.872) dos casos, a agressão ocorre dentro de casa, praticada por pessoas próximas ao convívio familiar, principalmente pelos próprios pais. As violações, segundo as denúncias, são contra a integridade física ou psíquica, restrições de algum tipo de liberdade ou direito individual e retirada de direitos básicos, como proteção e alimentação da criança e do adolescente, esta última, caracterizada como negligência.

Apesar de a negligência nem sempre contar com esse *status*, ela é uma forma de violência que se vislumbra pela omissão dos responsáveis: família, sociedade e Estado, em prover as necessidades da criança em seu crescimento e desenvolvimento, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. A violência infantil caracteriza-se pela ruptura desses princípios magnos. Necessário esclarecer, também, que nem toda negligência é intencional, podendo acontecer em virtude da vulnerabilidade da família que, nesses casos, passa a ser incluída na situação de negligenciada.

O resultado de todas essas violações de direito irrompe, de uma forma geral, no que se compreende como vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade, presente em diversas normativas brasileiras, está ligado a um estado de debilidade ou fraqueza. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), são situações que geram risco e vulnerabilidade social: a pobreza, o acesso precário ou nulo aos serviços públicos e a fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade. O processo de vulnerabilização pode se manifestar a partir do acesso restrito aos bens materiais, simbólicos e culturais por parte de uma população marginalizada socialmente, abrangendo um leque de possibilidades e situações (BARROS et al., 2010).

Aqui observa-se a vulnerabilidade social das famílias do Território que foram narradas pelos atores:

Porque na região que eu trabalho é uma região... assim... não são todas as crianças, mas, a maioria são crianças carente; são crianças carente de tudo, principalmente de afeto, de carinho. Às vezes, tem criança que não conhece a mãe; outros não conhecem o pai (P6).

E, ali no departamento, né, eu tô há dois anos, mas a gente percebe mais essas questões familiares mesmo, né? Não é tanto de um sofrimento... tem os sofrimentos bem específicos, né, que é violência e tudo mais, mas, a gente vê que é mais... assim... questões familiares, questão de luto, né, perdeu o avô, perdeu bisavô; essa questão de separação de pais aparece bastante (P4).

Quanto que também tem pacientinho lá, que ele é cuidado, semanalmente, por cada família, porque o pai e a mãe são separados, né, e... assim... quantas vezes ele tá com a mãe, ele não vai, aí está com tia, vai; aí, está com o pai, aí não vai; aí, já tá com dois anos e pouquinho... tipo... não andava, nada conseguiu fazer com que isso acontecesse, aí, o dia que tá com a mãe, a mãe falou que tem bicho-papão em tudo quanto é lugar porque criança estava andando demais (P4). Porque... Então, são realidades muito tristes... assim... né? (P8).

As consequências dessas violações são assustadoras: desnutrição, baixa estatura, agressividade e reprodução da violência, dificuldade de inter-relacionar-se, propensão ao isolamento, sofrimento psíquico, depressão, baixa autoestima, deficiências intelectuais, dificuldade de aprendizado, “fracasso” escolar entre outras (BRASIL, 2011b). As falas abaixo expressam o retorno e a repetição de questões aparentemente superadas, evidenciando o ciclo da pobreza:

Aproveitando essa questão que você falou da mãe [referindo-se à fala anterior da P4], e essa outra questão da primeira infância da criança ali, mas, sabe o que eu reparo lá na escola? Que hoje eu já tenho um certo tempo de educação e os meus ex-alunos, hoje, estão trazendo os filhos para escola e, aqueles mesmos problemas que a gente tinha com eles, eles repetem com os filhos e vão repetindo, repetindo e repetindo (P6).

Ontem mesmo, eu fiquei com uma criança até seis horas, aí, chegou a mãe e gritou: - “Vamo logo! Eu te esqueci!”. Sabe, a criança já está ali nove horas dentro da escola, às vezes já está cansado... Isso causa um trauma na criança! (P6). - Exato! (P7). Porque sente o desprezo...Eu sei que não é culpa da criança, é culpa do adulto (sic passim (P6).

A criança só sabe gritar, mas, você vai na casa, a mãe só grita. A criança não sabe brincar e aí você brincou com a criança (P4).

Segundo o *Marco Legal da Primeira Infância* (Brasil, 2015d) crescer em um ambiente seguro, com boa alimentação, saúde e estímulos positivos permitirão que a criança chegue à vida adulta mais forte e preparada para os seus enfrentamentos. Para Abuchaim (2016), esses estímulos caracterizam-se por um ambiente estável que “promova a saúde e a nutrição da criança, a proteja de ameaças e lhe ofereça oportunidades de aprendizagem desde cedo, através de interações e relações de afeto”. E afirma ainda que, os benefícios advindos desses cuidados, irão se estender ao longo da vida. Por outro lado, a criança que vive cercada de estímulos negativos e nocivos como brigas constantes, condições de extrema pobreza e desnutrição poderá sofrer prejuízos imensuráveis no seu desenvolvimento cognitivo e social.

Apesar destas constatações trazidas pela literatura e pelos atores sociais, segundo a Unicef investir tempo, afeto, condições adequadas de crescimento e suporte ao desenvolvimento cognitivo-social pode reverter esse quadro, uma vez que “o estímulo e acompanhamento na primeira infância podem quebrar ciclos de pobreza e vulnerabilidade”. As intervenções precoces têm, portanto, o condão de reduzir os danos resultantes de determinantes sociais negativos (UNICEF, 2019). Mas, as famílias, - principalmente as em situação de vulnerabilidade -, não conseguem ocupar-se sozinhas de todas as questões que envolvem a primeira infância e necessitam de apoio para esses acompanhamentos, o que pode incluir a amamentação; a alimentação; cuidados no puerpério; o impacto da cultura do consumo na saúde das crianças e famílias; a entrada na educação infantil; serviços de saúde, de nutrição, de educação, de prevenção da violência, proteção infantil e social e até mesmo recursos materiais e financeiros (BRASIL, 2014e).

Portanto, é imprescindível que todos aqueles que participem efetivamente de sua vida, sejam pais, outros familiares, cuidadores, professores e profissionais dos serviços de base comunitária, amparem-na e atendam adequada e apropriadamente às suas necessidades físicas e emocionais, garantindo a ela o seu desenvolvimento estrutural pleno.

Segundo a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (Brasil, 2014e), é importante atentar que a ação no enfrentamento da violência tem seu início a partir do primeiro contato, independentemente do nível de atenção. Contar com a rede de atenção intra e intersetorial é muito importante para a pronta resposta aos casos de violência. Nesse sentido, a complexidade da violência exige também que os serviços da área da saúde, assistência social, educação, segurança, defesa e proteção atuem em rede, de forma articulada e intersetorial, o que permite a flexibilidade e a ampliação do fluxo em todas as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidado), notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, de forma a promover a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Para os atores sociais, uma das ideias de apoio para o enfrentamento dessas violações apareceu por meio da mobilização dos órgãos constituintes, da Rede de Proteção Social, e da articulação de parcerias para realização de projetos de intervenção. O grupo revelou, no geral, mais desafios a serem superados do que desfechos favoráveis.

Falando atualmente, eu... a minha maior dificuldade é achar criança vítima de violência porque o CREAS referencia para nós para passar por Psicoterapia. Aí, a gente marca: é uma criança que sempre se muda; a mãe sempre troca o telefone porque está fugindo de um agressor, e daí, a gente acaba perdendo essa criança porque também não vai mais no CREAS, e aí, o único lugar que a criança vai estar com o endereço certo é na escola, né? Então, muitas vezes, a gente tem que recorrer ao pessoal da Autarquia da Educação, para saber o endereço dessa criança (P4).

Encaminhar as possíveis vítimas de violação de direitos para órgãos públicos responsáveis como o Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, CREAS e para o Conselho Tutelar do território da

criança, deve ser prática usual das pessoas envolvidas nos cuidados da criança. Delegacias, Unidades Básicas de Saúde – UBS, escolas e mesmo familiares são as que mais encaminham e/ou buscam a sua ajuda e intervenção. Para atender a complexidade a que se dispõe essa rede, no decorrer das discussões o grupo apontou, como dificuldade, a falta de articulação e suporte, especificamente com o Conselho Tutelar:

Posso fazer um desabafo? (P6).

Vixi, chegou no ponto delicado! (P5/P4).

Fechem os ouvidos, parem as gravações: eu, P6: eles [referência ao Conselho Tutelar] não nos ajudam nesses casos de investigação! Eles pedem - "Faça uma, ata pede para pessoa assinar!" Se a pessoa é o abusador, você vai lá falar para assinar? Depois de tudo isso, te chama lá na frente do abusador para que você confirme! (P6).

A gente chama para fazer reunião, [Referência ao Conselho Tutelar] nunca vai. A gente chama para fazer visita compartilhada, não, nunca pode! Tô falando pelo CAPS Infantil, agora. A gente tenta fazer uma comunicação; a gente vê necessidade; que a gente tá chamando o Conselho não é à toa, e nunca dá certo. Não pode até mesmo para levar um ofício lá. É a maior burocracia: tem horário, tem que bater na porta, tem que ficar esperando... é bem complicado. E quem seria nossa base para isso? Seria o Conselho Tutelar, que é o papel deles para dar esse suporte, fazer essa busca para não comprometer (P4).

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, definido pelo artigo 131 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Cabe a ele zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. É atribuição do Conselheiro Tutelar, atender crianças e adolescentes em situações de violação de direitos e, também, atender e aconselhar os pais ou responsáveis dessas vítimas e aplicar medidas de proteção quando necessárias. Como o Conselho Tutelar é uma entidade pública, com funções jurídico-administrativas que integra o Poder Judiciário, ele não aplica medidas punitivas. A sua função não é oprimir, mas, proteger. Pode, apenas, dar advertências e encaminhar os casos para o Ministério Público.

Para o grupo, o Conselho Tutelar tem imensa dificuldade em exercer e compreender suas próprias atribuições, o que interfere diretamente no canal de comunicação entre os serviços. Algumas ações discrepantes em relação à atuação do Conselho Tutelar também foram relatadas:

Eu tive casos na escola e que saíram na mídia. E como que foi parar lá? Eu lembro de levar uma bronca da P7, acho que ela nem lembra: - "Como que isso saiu de dentro da sua escola?" Eu tremia, lembra P7, o rolo que deu aquilo? E era coisa totalmente sigilosa (...) (P6). Antiético! (P1). Teve resultado? Não! Criança continuou morando na mesma casa, junto do abusador (P6).

Essa posição, na minha opinião, deixa quem faz a denúncia ficar numa situação muito complicada, porque nós temos pais, por exemplo, de um determinado bairro que matou e jogou no poço (P5). Quem vai mexer? (P1). Te expõe de uma maneira, o profissional (P5). Isso, ainda, quando o agressor vem até você e você tem que fingir que não sabe nada, justificando a agressão que ele fez (P6). Ou, culpando a escola, que induziu isso ou aquilo (P7).

Nesse contexto, ao não cumprir seu papel institucional, às vezes, a própria Rede de Proteção contribui para permanência da violação de direitos tornando-se parte omissa frente ao dever que lhe foi designado por lei. É importante que a criança e sua família sejam acompanhadas por essa rede de atendimento até receberem “alta” e que seja feito o planejamento específico, para cada caso, que respeite a individualidade e a integralidade de cada uma. Como orientação geral, deve-se considerar que alguns consensos precisam ser respeitados desde o acolhimento, que representa a primeira etapa do atendimento. São consensos fundamentais como: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, especialmente quando da confirmação da violência sexual (BRASIL, 2014e).

Ao identificar uma situação de violência durante um atendimento na Rede de Saúde, o profissional da área de saúde deve realizar obrigatoriamente uma notificação de caso. Essa notificação também pode ser pactuada por outros serviços da Rede de Atenção Integral à Criança. É importante anexar cópia da ficha ao prontuário/boletim do paciente. Se necessário, o Ministério Público deve ser acionado (SINAN, 2007).

Os atores sociais apontam como uma barreira a realização da notificação de ordem compulsória denotando que, mesmo com iniciativas regulamentadas e determinadas por lei, as estruturas organizacionais dos serviços devem criar mecanismos para facilitar sua incorporação.

Eu acho que... assim... falando em comunicação, também, em notificações, não é porque... assim... se qualquer pessoa foi vítima de violência, é para ter uma ficha de notificação. Quem pode notificar? A escola pode; nós podemos, todo mundo pode! Só que isso vai para onde? Vai para o Setor de Epidemiologia, então... assim... de ter essas contra referências, sabe, para gente, que é uma coisa que também não acontece. Então, acho que isso é um dificultador (P2).

Justamente, porque abusador não faz só uma vez. Ele levou para a P2 e ela já percebeu que tem algo errado... eu vou levar em outro posto, então, se a gente tivesse esse sistema inteligente... (P5).

[...]essa semana a gente vai começar a trabalhar na escola um projeto que chama “Quebrando o Silêncio”. A hora que eu pego essa revista do “Quebrando o Silêncio”, já... (gesto de agonia no peito)... que eu sei que já virão muitos casos, mas, aí, o que acontece: a criança relata, daí você faz o relato; aí você passa pra o CAME; aí passa para o Conselho Tutelar; daí passa para isso, passa para aquilo e, às vezes, a criança precisa ficar repetindo muitas vezes a mesma história, sabe? E, às vezes, a criança não quer mais falar a respeito daquilo que dói, que machuca. Então, se a gente tivesse uma Rede que relatou aqui para mim, eu passei ali, aí é uma vez só e todo mundo já consegue facilitar muito. É uma vez só! (P6).

Diante dessas situações, os atores sociais sugeriram o investimento na qualificação dos profissionais:

Não sei se sou só eu, assim – mas, o despreparo do Conselho Tutelar, sabe, teria que ter, sei lá, uma formação mínima para ser Conselheiro (P2).

E, querendo ou não, também é uma coisa que os profissionais vão ter que ter também: um psicológico [referindo-se ao manejo de casos de abuso sexual infantil]. Quando a gente foi escolher os profissionais da Saúde para realizar essa escuta especializada, [referindo-se ao projeto quebrando o tabu] foi muito... assim... – “Gente, quem eu vou colocar?” Eu mesma, fui uma pessoa que não quis entrar! Todo mundo

falava: - “P4, mas, por que você não vai?” – “Porque eu não tenho psicológico. Para isso, o profissional que vai fazer essa escuta, tem que ter. ”Eu não tenho condições porque é uma coisa que machuca uma criança pititiquinha (P4).

Esse ponto argumentado pelos participantes da pesquisa, deve ser considerado para compor a Rede de Atendimento de cada território para que os encontros entre vítimas e serviços sejam espaços de ressignificação do abuso sofrido e não mais, uma instância reprodutora de violência para ambas partes. Cada território pode eleger serviços da área da saúde, como atenção primária, equipes de saúde da família, hospitais e unidades de urgências (UBS, CAPS ou CAPSi), ou serviços da Rede de proteção social e defesa, como CRAS, CREAS, escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e as Varas da Infância e da Adolescência, entre outros, de acordo com sua realidade para coibir situações como a relatada abaixo:

Eu penso que, o peso todo fica na família, porque o professor não vai querer se expor sabendo que o pai é assassino, e você fica de frente com esse pai. Então, acaba sendo um silêncio que também ocorre de fora. A mãe ficou em silêncio, a vó ficou em silêncio e, por causa dessa situação, a professora também vai ficar em silêncio, todo mundo sabendo da mesma situação (P5). E a situação ocorrendo (P1).

As dificuldades em relação ao Conselho Tutelar, expressas nesta pesquisa, também aparecem em outros estudos, como em Romagnoli (2019) de Minas Gerais que, igualmente, sinaliza um distanciamento do órgão das políticas públicas e traz relatos de que quando esse órgão é convocado para atender demandas referentes à defesa de direitos de crianças e adolescentes, esses profissionais percebem, em alguns casos, silêncios, ausências ou mesmo a “devolução” do caso, dizendo que não é de sua competência ou não estão qualificados para o atendimento, o que dificulta diretamente as discussões, encaminhamentos, e principalmente a atuação intersetorial na resolução de demandas complexas. Entretanto, ainda nesse estudo, os autores destacam que a natureza dessas queixas não é unilateral e que, primordialmente, deve ser compreendida em seu contexto micropolítico e macropolítico para evitar a individualização da responsabilidade e culpabilização dos serviços.

Para essas situações exorbitantemente difíceis, em Apucarana encontra-se a Macro Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em que todas as ações são alinhadas ao objetivo comum de discutir questões complexas, envolvendo diferentes instituições, definindo estratégias que possam apontar e resolver as fragilidades ou morosidade nas condutas referentes à garantia de direitos dessa população.

As ciências dizem que não se pode ajudar as crianças se não ajudar os adultos que cuidam delas; crianças não são ajudadas por programas, mas por pessoas (ABUCHAIM, 2016). O mais importante, no entanto, nesse processo de cuidado da criança, é o reconhecimento de que ela não dispõe de meios para sua autoproteção e que tem, na família, o primeiro núcleo de amor e abrigo que, pouco a pouco vai se encaminhando para a escola e a vida social (BRASIL, 2012b). Desse modo, duas necessidades se apresentam como fundamentais para se avançar nas políticas de atenção à primeira infância: separar as noções de risco e vulnerabilidade e avançar do “saber técnico” a um “saber técnico socialmente contextualizado”. Avanço exemplificado neste comentário em que se fez uma análise crítica sobre uma situação de vulnerabilidade social sendo diagnosticada como transtorno (ABRASME, 2019).

Não... igual foi falado dos TDAH: a criança, às vezes, só repete o que ela está vivendo em casa. Só vê violência, só vê xingamento! O que ela vai fazer na escola? Vai reproduzir a mesma coisa (P4).

Enfim, conforme Castel (1998), “a vulnerabilidade pode ser entendida como aquela zona de alimento às turbulências que fragilizam as situações conquistadas e desfazem os estatutos assegurados”. A medicalização torna-se um modo de subjetivação na medida em que o indivíduo se mantém na vulnerabilidade social, como será discutido na categoria a seguir.

5.2 PUERICULTURA: RITALINA⁵ PARA TODOS

Nenhuma sociedade que esquece a arte de questionar pode esperar encontrar respostas para os problemas que a afligem.

(Zygmunt Bauman)

Para Goffman (1988), os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. Por esse ponto de vista, a partir da elucidação das demandas e necessidades de saúde da primeira infância, no Território do estudo, marcadas fortemente pelo atravessamento das vulnerabilidades sociais, tornou-se importante questionar a sociedade e CULTURA atual, para tecer reflexões sobre como a produção do "cuidado" em saúde tem sido atravessada pelo domínio da lógica biomédica.

A princípio, inaugura-se, nessa categoria, uma discussão frente à PueriCULTURA e, posteriormente sua correlação com a medicalização da infância. Convencionalmente, a Puericultura compreende o agrupamento de técnicas utilizadas desde a gestação até os quatro ou cinco anos de idade, para garantir perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, estendendo-se até mesmo à puberdade. Essa definição visa formar um adulto com melhor saúde e qualidade de vida, tendo por base a atenção à criança que auxilie todos os processos biológicos, psicológicos e sociais, de forma a prevenir enfermidades e colaborar para a expressão genética plena, sem o meio interferir (BONILHA, 2005).

Ainda em Bonilha (2005), segundo a percepção de autores como Boltanski (1974) e Donzelot (1986), a Puericultura é discutida por um outro prisma em que se tece uma crítica sobre seu caráter neutro e positivista assumido a partir da década de 1960. Dessa forma, defendem uma prática da Puericultura socialmente contextualizada, sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos com motivos, objetivos e consequências que extrapolam a mera delimitação de normas científicas para assistir o desenvolvimento infantil.

⁵ A Pesquisadora adverte: esse medicamento é contraindicado no caso de suspeita de infância. Ao persistirem os sintomas não consulte um médico.

Então quando a gente pensa em cultura e saúde, tem um terceiro elemento que está sempre presente aí, que eu acho importante considerar, que são as pessoas. Nós somos produto dessa cultura preventivista e clínica e médica, mas nós produzimos essa cultura e reproduzimos e reconstruímos (CAMPOS, 2002, p. 107).

Aqui, ela será compreendida como indissociável de seus aspectos biológicos, psíquicos, sociais e CULTURAIS o que, segundo os atores sociais, não faz parte da cultura local.

Eu acho que a Puericultura, também, né?! O CMEI acaba não cobrando, efetivamente essa Puericultura e, pelo menos quando a gente faz alguma intervenção, ali o que eu vejo é que tá sendo negligenciado essa questão mesmo de acompanhamento da Saúde. O filho entrou ali no CMEI, já não precisa mais desse acompanhamento; já não precisa desse cuidado e responsabiliza, também, bastante, o próprio CMEI, a própria escola com relação a esses cuidados da criança. (sic passim) (P7).

Conforme Figueiredo (2009), o vir-a-ser do sujeito no mundo é permeado por um entrelaçamento de situações e acontecimentos que também são atravessados pelo ato de cuidar. Assim, a forma de entrada de um recém-nascido na vida dos pais é igualmente fundamental para a organização da vida psíquica. Winnicott (1988) postulou que os pais oferecem ao bebê a continuidade no tempo, início que remonta à concepção da criança, à sua pré-história, e se prolonga até o final da sua dependência.

Olha, quando o P1 estava falando, uma das coisas que pensei... É... que de 0 a 6 anos, a criança é totalmente dependente. Tem, realmente, uma inteligência plena; é a base de tudo; é a base da formação, só que, é típico do ser humano... É... totalmente dependente (P7).

Ainda segundo Winnicott, Pediatra e Psicanalista inglês, que se dedicou à construção de uma teoria pautada no amadurecimento pessoal, observada no conjunto de suas obras como, por exemplo, *O brincar e a realidade* (1975), *O ambiente e os processos de maturação* (1988), *Da pediatria à Psicanálise* (2000), entre outras, em que compreende o desenvolvimento do sujeito desde suas precoces relações de “dependência absoluta” rumo a “independência relativa” é possível perceber, em suas considerações, que a descrição do cuidado e da própria teoria da saúde mantém estreita relação com o ambiente e com a presença suficientemente boa exercida pelo outro na função materna para constituição psíquica do sujeito. É no encontro com o outro e no reconhecimento da criança como um sujeito também dotado de saber, que as experiências vão se tornando significativas, refletindo no amadurecimento e desenvolvimento psíquico. Ressalva-se que, nos seguintes excertos, essa realidade de cuidado ainda se mostra insuficiente.

Que os pais, né, às vezes não têm noção desses marcos da primeira infância - que tem que ter - e até mesmo a principal ocupação da criança que é o brincar, né? Então... assim... muitas vezes, os pais não sabe nem brincar com as crianças (sic passim) (P4).

Ao atingir a maturidade, o indivíduo que não se privou de um ambiente “suficientemente bom” para se constituir, recebendo os cuidados fundamentais para a sua formação de uma mãe “suficientemente boa” que se dedicou a uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, torna-se capaz de responsabilizar-se com o ambiente e desenvolve a capacidade de cuidar Winnicott (1975), pois ao longo de toda infância em um *continuum* incessante, assegurado por essas relações primordiais iniciais, a marca da presença do outro no cuidado vai sendo delineada como função estruturante do processo de

subjetivação, possibilitando a continuidade do crescimento emocional e o desenvolvimento da base da saúde mental (WINNICOTT, 1988).

Esses postulados teóricos auxiliam a compreender a importância e a complexa relação de dependência do ambiente –sociedade/cultura – e o cuidado exigido desde a tenra infância. Resgatando-se as falas apreendidas nas discussões até o momento, o grupo focal conduziu-se demarcando uma fragilidade na compreensão dos pais/cuidadores sobre desenvolvimento infantil. Entretanto, referências aqui anunciadas, precisam ultrapassar o academicismo, para chegar em cada "paizinho" e cada "mãezinha".⁶

Dando continuidade à linha histórica traçada por Costa (2010), já citado, e nesse contexto, Figueiredo (2009) e Birman (2007) compartilham da ideia de que, entre os séculos XIX e XX, o ideal de constituição da família e dos filhos não se sustentou, e mencionam como exemplo de fraturas em seus alicerces, o fato das mulheres encontrarem-se em um movimento que desvincularia sua identidade à imagem única e indivisa de mãe, ao mesmo tempo em que os pais não apresentaram contrapartida dessa "ausência", não dispensando maiores cuidados aos filhos. Por isso, creches e escolas e maternais tiveram que administrar e até suprir, desde muito cedo, a ausência das figuras parentais, como explicitado adiante.

Então, o que chega aqui até o CAME, de repente, essa falta de responsabilização dos pais. Do cuidador mesmo! Então, a mãe que sai para trabalhar acabam deixando o filho... tem pais que deixam no CMEI até 6h da tarde e, com certeza, muitas vezes, é, com certeza, em decorrência do trabalho, e outras, é por negligência mesmo, aquelas mãe que querem mesmo (sic passim) (P7).

Esse conjunto de transformações estruturais incide sobremaneira na subjetividade produzindo novas modalidades de dor psíquica. Birman (2007) compreende que, a ausência das figuras parentais desencadeou ora o excesso de atividades programadas, ora a restrição do espaço do jogo infantil. Observa-se, por conseguinte que, a lógica que opera no universo do adulto foi transportada para o da criança (BIRMAN, 2012).

"Eu queria brincar"- "tô pega ai meu celular, vê o desenho" porque isso vai vai marcando essa primeira infância de uma forma negativa porque a gente sabe quando de tecnologias não é apropriado, mas, também, de pai não tem vontade, não vontade de não querer fazer, mas está mentalmente cansado fisicamente cansado de sentar de brincar de prestar atenção no que a criança tá falando, né? (P4).

Figueiredo (2009) aduz que os cuidados para com a psique infantil, mesmo sofrendo ajustes a cada cultura, sociedade e época, ecoam significativamente ao longo da vida da criança e são pilares que permitem e permeiam o engendramento do sujeito. No território da APS, essa realidade não foi diferente:

Assim... não, é óbvio que a Internet influencia muito dos pais pesquisarem, mas tem muito isso, do que eles falaram, né: - "Ah, não olha no meu olho!"; - "Não faz contato visual!", mas a mãe faz contato visual (P4). - Mas, a criança é estimulada a isso?! (P2).

⁶ Expressões utilizadas pelos atores sociais durante o grupo focal.

E não estimula, não, Lê. [referindo-se ao fato dos pais não lerem para os filhos] E os mesmos pais falam: - "Não deixa criança no celular! Não fica na frente de uma televisão!" (P8)[expondo a contradição dos pais que não permitem acessar as tecnologias, mas não ofertam contrapartida].

Depois que inventou o celular acabou-se família, gente (grupo alvoroçado), porque na escola, hoje, a gente chega e fala "Vamos brincar?". Ninguém quer brincar. Eles ficam de olho no seu celular; eles querem ver a marca do seu celular; eles querem ver isso e quer mexer (P6). E sabe mexer! Meu sobrinho, com um ano e pouquinho, quase completando dois, já sabia passar a tela do celular, certinho (P4).

Mas, não sabem pular corda (P7). - Sabem digitar, mas, não sabem escrever direito (P1).

Essas falas denotam que a ausência parental vem sendo, por diversas vezes, suprida pelas mídias e tecnologias digitais que depositam no psiquismo da criança, uma sobrecarga de informações das quais ela ainda, destituída de linguagem/repertório suficiente, não está preparada para responder sem que haja um interlocutor que dê continência as suas inquietações, auxiliando nas interpretações da realidade e na construção afetiva/simbólica das representações psíquicas.

O uso indiscriminado, pela criança, de telas, celulares, *tablets* e *smartphones* empobrece sobremaneira a vida Psi; fragiliza a constituição do aparelho psíquico e traz significativos prejuízos emocionais, prejuízos inclusive frisados, diversas vezes, pelo acúmulo de classificações nosológicas. A partir da tentativa de se obter maior controle do desenvolvimento e do comportamento infantil como se percebe no mundo globalizado, a implicação subjetiva e social, as características próprias do sujeito, bem como seus desejos e particularidades, acabam por serem desconsiderados (BORBA, 2022).

Como mencionado anteriormente, a vulnerabilidade social, pano de fundo de todas as diferentes formas de violação de direito, destacou-se como um ponto central das demandas identificadas no território da Atenção Primária. Dessa forma, considerando-se a atual dimensão política de retrocessos na garantia de direitos, na defesa da vida e do cuidado em liberdade, desenvolveu-se mais claramente, a partir daqui, a problematização da produção da atenção na infância, observando-se a medicalização da vida como modelo hegemônico de resposta frente às mazelas sociais.

Em aparente paradoxo aos pontos que propiciam o pleno desenvolvimento e o cuidado na infância, os dados da pesquisa evidenciaram um amplo leque de demandas de situações de vulnerabilidade social e que, em algum momento, foram respondidas sob a égide da medicalização. Sublinha-se aqui, características hegemônicas não atribuídas aos sujeitos da pesquisa, mas ao modelo estruturante que respalda a naturalização e a perpetração da vida medicalizada.

Contemporaneamente, nas ações e práticas nas políticas públicas de saúde, tem sido prevalente o que a literatura chama de tecnificação do cuidado (AYRES, 1994; COHN, 2009; MERHY & FRANCO, 2003). Observa-se que essa conduta incita o fenômeno da medicalização, repercutindo em possíveis iatrogenias no modo de fazer saúde que, por consequência, estimula uma elevação da medicalização em todas as esferas da vida, percebidas no transcorrer das discussões.

Agora que tá chegando mais essas crianças autistas (entre aspas, né?) que estão indo para avaliação. Na minha época de CAPS infantil era TDAH, era o surto do TDAH. Agora, mudou um pouquinho para o autismo. TDAH para todo mundo, ritalina para todo mundo, né, e então... assim... a gente verifica também que tem essas questões mais...engloba... assim... dependendo da época, dependendo da moda, né, digamos (P4).

Uma coisa que sempre acontece, também, é chegar numa determinada fase e falar que a criança é autista, né? A criança não mantém contato visual; a criança não mantém contato, mas, a mãe tá dando mamã, fazendo comida não tem mais essa atenção (P7). - A mãe não tem essa visão e, mas daí, a criança também não tem, mas esse problema é da criança (P4). - Vai ter como? Aí ela é autista! Ou ela brinca demais, aí é o TDAH (P7).

Segundo publicações do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que discutem o Fórum Nacional sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, entende-se por medicalização:

[...]o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. Medicalização é o processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais, marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo (CFP, 2015, p. 11).

Para Tavares (2010), essa concepção também pode ser observada pela recorrência de doenças neuronais (depressão, TDAH, síndrome de hiperatividade, transtorno opositivo desafiador, etc.) que acaba por acarretar uma disparada na busca de psicotrópicos e a tentativa de cura para o sofrimento baseado, na maioria das vezes, em intervenções psicofarmacológicas, que, por sua vez, são alicerçadas em pressupostos de “normatização” dos indivíduos, o que tem provocado uma pandemia de diagnósticos até na primeira infância.

Indispensável lembrar que a medicalização da sociedade tem lastro na dominação da vida pela racionalidade biomédica.

Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes. Partidos de direita e de esquerda rivalizam em zelo nessa medicalização da vida e, com eles, os movimentos de libertação. A invasão da medicina não conhece limites (ILLICH, 1975, p. 6).

Percebe-se que esse fenômeno, anunciado nas falas abaixo, não perpassa apenas pelas ações da Saúde, mas também, da Educação e, claro, da Sociedade como um todo.

É... na minha época de CAPS infantil, há quatro anos atrás; quatro, cinco anos atrás, não tinha muita demanda dessa faixa etária. É mais recente, aumentou bastante. Tinha bastante... assim... ali de seis anos para cima, né, que já pega ali no CAME e que o CAME referencia, mas, de CMEI mesmo, quase não tinha. Era bem raro (P4).

Isso ainda porque eles não tinham currículo a ser seguido a educação infantil era só “o cuidar”. Não tinha a parte educacional, mas, agora, como eles precisam, mediante ao que a gente passa para eles, eles têm que estabelecer, dentro do Plano Municipal, toda a parte pedagógica dentro do CMEI. Então, eles conseguem perceber: a criança não corre,

mas antes, se ficava deitadinho no berço o dia inteiro, mamá e troca, estava bem cuidado, mas, não tinha a parte pedagógica. Era menos visto. Agora, observa-se: os três que estão na minha sala correm porque aquele não corre aí é a hora que a gente corre atrás da P7 (risos) (P5).

Aqui se observa que o cuidar sem a parte educacional é entendida, no contexto da pesquisa, como fragilidade e apontada como necessidade de reordenar a demanda pedagógica. A preocupação com o desenvolvimento infantil, aí incluídos os seus marcos neuropsicomotores, faz-se correta. No entanto, é necessário que os educadores tenham a apreensão do que seja uma criança ativa, criadora de seus desejos, autônoma, livre para expressar seus pensamentos, para não confundirem suas manifestações espontâneas com indisciplina, agitação, comportamentos atípicos, divergentes, destoantes e encaminhá-la, equivocadamente aos profissionais da Saúde e, por consequência, aos extenuantes tratamentos terapêuticos e medicamentosos.

Bautheney (2018) reflete que essa prática de encaminhamentos médicos de alunos que “vão mal na escola” para justificar o seu insucesso escolar como resultado de problemas de ordem psicológica e/ou psiquiátrica tornaram-se completamente normais na atualidade. Nesse contexto, não só a criança, mas toda a família torna-se alvo de cuidados higiênicos, médicos, pedagógicos e psicológicos e caberia à escola a função de "detecção precoce" de sinais que pudessem indicar qualquer alteração comportamental e/ou patologia psicológica. Porém, essa narrativa faz parte de uma concepção estéril de Educação entendida apenas como sinônimo de desenvolvimento de aptidões uniformes e padronizadas.

Toda base pedagógica sai de dentro da Autarquia para o CMEI e não dos CMEIs para a Autarquia, e a gente consegue manter com que a rede seja nivelada. Antigamente, acontecia muito de o um pai preferir que a criança estudasse aqui, porque no outro CMEI tinha uma educação melhor. Hoje em dia, nós conseguimos formalizar isso de maneira que todos garantam essa equidade dentro de todos os CMEI. A gente tem um currículo dentro, baseado no referencial curricular do Paraná, que eu faço parte, sou uma das redatoras desse referencial. Então, a gente trabalha dentro da rede uniformizado (P5).

No excerto acima foi mencionada a construção de uma base pedagógica verticalizada e verbalizada pelos atores sociais como um desejo de equidade. Entretanto, mesmo diante desse desejo, deve-se acrescentar aqui a visão de Motta (2001) quando ele observa que o “conhecimento apostilado, porém, produzido em verdadeiras ‘fábricas do saber’” potencializa a “reprodução de indivíduos massificados, prontos à adequação social”, o que também sedimenta a compreensão de Bautheney (2018) que ressalta que as contemporâneas correntes da Pedagogia tiveram um impacto sobre as práticas psiquiátricas e o emprego da nosografia "psi" médica para descrever manifestações do "sujeito-aluno" no ambiente escolar deturpando o processo de desenvolvimento, o que para autora deve ser de imediato questionado.

Foucault (2006) traz esse modelo como um dispositivo – um dispositivo político de gestão social tanto disciplinar como, mais além, de biopoder – uma biopolítica que intende se apropriar da vida humana. Essa forma de educação instaura padrões comportamentais, funcionando como “mais um saber/poder proeminente na função de tomar/tornar corpos dóceis por meio de uma subjetividade [...]”

para que as pessoas, *a priori*, decidam por elas, diante da política e definições que lhes foram repassadas, a regularem-se e a regular o outro, em uma sistemática de massificação para que a sociedade atinja a adequação social desejada.

Algumas das manifestações desse movimento foram expressas pela prática de encaminhamentos e avaliações e encontram-se expostas nos seguintes fragmentos:

E eu sou uma pessoa... assim... muito incomodada. Se eu tenho uma criança e essa criança pequenininha, lá no Pré, eu já olho que ela tem alguma coisa diferente, eu já vou atrás; já vou atrás de (P2); já vou de Fisioterapeuta, já ligo para (P7) ... (quando vai mencionando outros atores que entra em contato quando necessário, os demais vão concordando com a cabeça) (P6).

Assistência hoje funciona só não tem essa comunicação (P2).

[...] mas, a gente faz o acompanhamento claro para qualquer criança que tenha prejuízo no seu desenvolvimento psicomotor, do seu desenvolvimento neurológico. Então, a gente tem uma parceria também com a APAE, no sentido de encaminhar essas crianças, né?(P7).

No que concerne à área da Educação é alto o índice de encaminhamentos de crianças que apresentam queixas escolares/sociais e são compreendidas por um viés orgânico.

Ferreira (2016) afirma que:

A educação brasileira vive um momento bastante nocivo ao se apresentar de modo entrelaçado à esfera da saúde. Os encaminhamentos médicos e solicitações diagnósticas esmagam a infância em prol de um discurso pedagógico, no qual a criança e o desenvolvimento das funções psicológicas são considerados à parte do meio social. (FERREIRA, 2016, p.91).

Bautheney (2018) afirma que os encaminhamentos médicos e psicológicos para investigação clínica de alunos com dificuldades de aprendizagem, podem auxiliar no rastreamento precoce de doenças, entretanto, quando isso se torna prática exclusiva e recorrente de grande parte dos profissionais da área da Educação os problemas infantis ficam reduzidos e limitados a falhas neurológicas e individualizam questões complexas que poderiam ser de outra natureza.

Essa autora ainda sustenta que, essa prática serviria para demonstrar aos pais ou cuidadores que há uma preocupação, por parte daquela escola, quanto ao desenvolvimento de seus alunos e, motivados por garantir a adequação dos seus filhos na sociedade para que sejam proporcionadas a eles as mesmas oportunidades que os demais, os pais seriam atraídos para assumirem esse lugar de cuidado e de apoios às intervenções médicas. Para o grupo essa experiência é percebida no território da seguinte forma.

[...] só que as pessoas têm muito isso do reabilitador do curativo; eles não entendem como uma promoção isso que a gente vem falando sempre nos grupos, né, da gestante sobre levar criança e tudo mais (P8).

Exatamente, ou é hiperativo, não para quieto... acho que é isso que é o mais importante para eles na primeira infância fazer a verificação de como é o comportamento (P4).

Outra situação levantada que parece ser antagônica, porém, segue o mesmo princípio normativo é ilustrada na seguinte fala:

A gente percebe o quanto que ainda a gente tem atraso disso e a dificuldade dos pais, também, de aceitar quando a criança tá lá; que tá fazendo acompanhamento correto; tá indo para Puericultura está com seis... nove meses. A gente observa que olha não esse atraso a gente não vai conseguir corrigir aqui. Vai ter que ir lá para Clínica da Criança! Você falou em APAE eles já: - "Não, porque está chamando meu filho de retardado, tá isso..." E, aí, a gente acaba perdendo esse vínculo que a gente construiu (atores sociais concordam e cochicham)(P2) - Por uma sigla ou Psicóloga, né, que acha que o filho é louco! (P8).

A visão negativa de alguns familiares quanto a inserção da criança no Serviço pode ser justificada pelo fato de a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) prestar um serviço especializado para o cuidado de pessoas com deficiência e estes, virem acompanhados pelo estigma de que o indivíduo apresentaria características que o tornariam diferentes de outros. Isso acarretaria a necessidade da inserção em um Serviço de Saúde para que, a partir do cuidado ofertado, seja possível igualá-los ou aproximá-los da norma e das expectativas sociais do que é ser criança, indivíduo – saudável. (MIELKE et al., 2010).

Portanto, a partir do momento em que vivemos em um contexto que nos exige determinadas formas de (a)parecer na cena social, é inevitável que, diante da impossibilidade de participação nesse “teatro espetacular”, o indivíduo adoeça – é o “mal-estar” (Freud, 1930; 1992), fruto da incompatibilidade entre a demanda social e as reais necessidades individuais. O fato de o indivíduo em crise ser colocado como “supostamente não dotado de sua autonomia”, acaba por deixá-lo à mercê de intervenções para retomar a “normalidade vigente para o bom funcionamento social e produtivo”. (TAVARES, 2010, p. 14)

E, se o indivíduo não dispõe de autonomia, alguém deve assumir as responsabilidades por ele. Assim, as demandas da comunidade estudada, e não exclusivas da primeira infância, igualmente passam a exigir do outro uma responsabilização *per se*, e a delegar às Instituições, o saber/poder de responder sobre o que é melhor para mim, como exemplificado.

E eu acho que... assim... eles esperam muito de nós da Saúde quanto da Educação, de paternalismo mesmo (todos concordam com a cabeça), né, com as crianças. Eu acho que isso acontece com as crianças menores e com os idosos. Coloca... huumm... assim... como se fosse responsabilidade nossa mesmo, de educação quanto de alimentação. Nós... assim... Assistência Social quanto à alimentação; nós enquanto Saúde; vocês enquanto Educação, mas, eles sempre estão esperando algo de alguém para com o pequeno, né? (P2).

[...] o paizinho queria o retorno de uma criança de berçário. Aí, nesse momento (a gente atende meio atrás do vidro), o paizinho já avança: - "Eu quero que ele volta, ele volta, vocês têm que voltar!" Aí, a frase que ficou muito marcada em mim, como mãe de quatro, foi: - "Vocês têm a obrigação de cuidar da minha criança!" – "Quanto tempo tem sua criança, pai?" - "Quatro meses." Ele só tem esse filho há quatro meses e era obrigação do Município: - "Pega e Cuida!" Fugiu de tudo que nós pudéssemos fazer pelo paizinho, essa criança é algo que" eu não quero esse comprometimento" (P5).

Para Lasch (1983), a família foi sitiada e tornou-se indulgente à entrada de especialistas em sua vida e rendeu-se a uma nova constituição social a partir do enfraquecimento dos laços familiares, das funções parentais esvaziadas e da desconstrução dos traços entre as gerações. A família fez-se refém ,

segundo Foucault (2006), das práticas higienistas, representada pela medicina, ocupando um papel de detentora do saber que, tomada de pleno poder, influenciou não somente a área médica como também outras áreas que até então não faziam parte de sua competência.

Ademais, outra realidade apareceu diante dessa subordinação a instrumentos normalizadores: a pluralidade de abordagens, que estava presente na exploração de uma série de mal-estares humanos, deu lugar a concepções desprendidas de seu contexto, com tendência à redução dos problemas do indivíduo à sua mera designação biológica (LIMA, 2005).

Para Lima (2005) uma das consequências desse suposto saber é o silenciamento e o esvaziamento da vida psíquica. Porém, para o autor, assim como para Tenório (2000), a desmedicalização é possível através do convite psicanalítico em que o sujeito criança é convidado a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete: “o sintoma não encontra sua verdade apenas na nosografia, dispondo de um sentido ligado à experiência do sujeito, na relação particular do sujeito para com ele mesmo”.

Corroborando essa ideia, o médico sanitaria Ayres (2009) aponta que, para o pleno cuidado em saúde é necessário que no escopo das avaliações sejam incorporadas também questões referentes a identificação e a construção de projetos de felicidade dos sujeitos.

Em seu texto *O mal-estar na civilização*, Freud (1930, p. 33) afirma:

O programa de tornar-se feliz, que o princípio do prazer nos impõe, não pode ser realizado. (...) Caminhos muito diferentes podem ser tomados nessa direção, e podemos conceder prioridades quer ao aspecto positivo do objetivo, obter prazer, quer ao aspecto negativo, evitar o desprazer. Nenhum desses caminhos nos leva a tudo o que desejamos. A felicidade, no reduzido sentido em que a reconhecemos como possível, constitui um problema da economia da libido do indivíduo. Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo.

Ou seja, a Psicanálise, pensada desde Freud, em sua essência, apresenta subsídios consistentes para que o sujeito, através do sintoma, possa tornar consciente aquilo que desconhecia, facilitando a compreensão sobre si e, por consequência, aproximando-se de seu próprio projeto de felicidade. Isso também é coerente quando se trata do sintoma infantil, mas este precisa ser reconhecido entrelaçado tanto aos cuidados quanto aos discursos parentais em torno do sintoma. Explica-se, por conseguinte, que o despertar sobre a subjetividade proposto pela clínica psicanalítica faz frente ao enfoque medicalizante da vida pois, quanto mais o sujeito (abarcando as crianças também) se apossam do funcionamento de suas emoções, menos submetem-se aos recursos farmacológicos para medicar a sua existência. Logo, conclui-se que o pleno desenvolvimento infantil não se circunscreve nas intervenções médicas, mas a partir dos encontros e desencontros simbólicos e subjetivos contextualizados socialmente, que dialeticamente constituem o “eu”.

Ainda que não existam únicos responsáveis pelo processo de medicalização, é importante refletir que, com frequência, os profissionais de serviços reforçam ou deixam de problematizar essa

situação ao embasarem suas ações, unicamente em conhecimentos biomédicos e em procedimentos que visam ao êxito técnico, negligenciando o caráter transversal da promoção da saúde. Contudo, essa crítica parece ainda não ter alcançado os profissionais que atuam diretamente com a população, pois não muito distante dessa perspectiva pedagógica, outras manifestações sobre encaminhamentos médicos são imbuídas de um desejo genuíno dos educadores de preservar a saúde e a parte relacional do cuidado. Percebe-se, portanto que o discurso psiquiátrico incorporado pelas instituições escolares determina uma forma de compreensão do aluno, que passa a ser "anormalizado" por apresentar supostas afecções psíquicas, mesmo que os professores e pedagogos não tenham clareza acerca desse propósito (BAUTHENEY, 2018).

Nesses trechos a seguir, notou-se um pequeno movimento de reflexão dos atores sociais frente ao desenvolvimento de seu processo de trabalho em relação a primeira infância.

A gente está em um processo muito mais curativo do que preventivo, né? (P2).

[...]às vezes, a gente chega pensando no problema, não nesse desenvolvimento da criança saudável (P2).

[...] porque, querendo ou não, a gente fica na Unidade; a gente faz o básico. Chega ali, faz as vacinas, orienta, viu, enquanto Unidade, né? (P2).

Portanto, mesmo que não inteligível ou explícita pelos atores da pesquisa, a medicalização da vida repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas e configura-se um problema de Saúde Pública relevante. Silveira (2007) traz que “as Políticas Públicas surgem como necessidades em resposta aos problemas sociais. Devem refletir soluções às necessidades identificadas na vida coletiva, nas suas diversas áreas: educação, saúde, trabalho, social, entre outras tantas”. E quando se pensa em situações de vida em que a criança pode ser influenciada, é importante considerar a implementação de políticas públicas como mais um elemento. A título de exemplo, seguem duas falas que abordam a potência dos programas intersetoriais e que, na prática, foram reduzidos à realização de medidas antropométricas e entrega de leite.

Eu estava conversando, também, sobre os bolsa-família, né... tipo... que no papel, projeto é lindo, mas... assim... o que realmente a gente está fazendo com isso? Eu não sei quem são eles. Vão lá as ACS que pesam e medem e acabou, né? (P2).

Então, a entrega do leite era condicionada com peso da criança, e isso, de todas as crianças. Então, acho que são ações que auxiliariam. Eu não sei se é possível; se existe uma lei; se está proibido, isso eu nem sei como estão essas questões, mas, eu acho que esse trabalho em conjunto, de uma coisa estar relacionada a outra, é o que eu vejo como saída. - "Ah, preciso da cesta básica..." – “Seu filho está na creche? Está no CMEI?” Não sei, teria que ter uma ação conjunta... porque a gente no CMEI, vocês no Posto de Saúde (P7).

Conforme o Do Carmo Alves (2018), ao identificar a fragilidade e a lógica biomédica aplicada em um programa que tem por finalidade intervir sobre os DSS, como é o caso do exemplo supracitado, em que se configura um problema da medicalização, profissionais de Saúde e Serviços de Saúde podem atuar

para reforçar ou modificar essa situação, pois, de acordo com seu posicionamento, oferecerão atividades num ou noutro sentido, e essa oferta moldará também o tipo de necessidade que emergirá neste contexto.

Aqui, apresenta-se o Cuidado Centrado na Pessoa, que se contrapõe ao modelo biomédico tradicional, centrado na doença. Nesse modelo, procura-se compreender a perspectiva do indivíduo sobre seu processo de adoecimento dentro de uma avaliação integral do sujeito, incluído em sua família e comunidade. Garante-se a inclusão da pessoa nas decisões clínicas e considera-se a sua história, favorecendo o acolhimento e o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Amplia-se o acesso e autonomia da população em relação aos cuidados em Saúde, e no manejo terapêutico, leva em conta as necessidades, as preferências e escolhas das pessoas. Oferece diálogo para as pessoas; fortalecimento de vínculo e estabelecimento de responsabilidades e competências. Cria espaços seguros para o acolhimento, o amparo, o respeito e o não julgamento. Verifica fatores não só de risco, mas de proteção, prevenção e de potência de vida (BRASIL, 2009a).

Sabe-se que o trabalho com crianças ainda consiste em um desafio para os profissionais, mas entende-se que a promoção da saúde pode ser um recurso de enfrentamento da medicalização a vida para trabalhar-se, paulatinamente, aspectos desse contexto amplo e complexo, buscando-se objetivos simples e palpáveis a partir da realidade, sobretudo considerando-se a questão da transgeracionalidade e da perpetuação da vida medicalizada. Trata-se, assim, do desafio em implementar essa política transversal nos marcos de uma interdisciplinaridade tanto conceitual quanto na práxis, tendo por referência o paradigma da integralidade em Saúde, para além do próprio Setor Saúde em direção à Rede.

5.3 REDE DE NÓ(S): CONSTRUINDO LAÇOS INTERSETORIAIS

E a Rede somos nós, né? [...] e continua esse nó: a gente responsabiliza a Rede como se fosse algo abstrato, algo longe... assim... mas, somos nós! (P3).

Para Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por interesses comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Mediante sua responsabilidade sanitária e econômica para com a população, a RAS objetiva ofertar uma atenção integral e longitudinal que proporcione a resposta mais oportuna às necessidades de saúde da comunidade, de forma humanizada, no tempo certo e com recurso adequado.

Corroborando essa perspectiva, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em que é possível observar, em seu artigo 2º, inciso VI, que a Rede de Atenção à Saúde é compreendida como o conjunto de ações e Serviços de Saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Portanto, ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa

de cada nível de atenção, as Redes são um sistema que buscam, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a existência de atores sociais de diferentes setores, dispostos a fazer parte dessa pesquisa e a pensar, coletivamente, sobre as vulnerabilidades do território; o modelo de atenção; o processo de trabalho e ofertas de cuidado despendidas nessa faixa etária, dos zero aos seis anos, surge como uma real possibilidade de transversalizar as políticas, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias locais de intervenção, o que pode constituir-se em um grande diferencial em favor da saúde na primeira infância do município e no fortalecimento da Rede.

Observou-se que os arranjos organizativos que constituem o processo de trabalho dos atores sociais que compuseram a Rede desta pesquisa, no que concerne à Promoção da Saúde na Primeira infância, apresentaram-se ambigualmente como um nó. De um lado, nó que aperta, obstrui, é difícil de desatar e, por outro, como um nó que segura, que ampara e que integra: nó como laço. Nós e os nós.

5.3.1 O nó

O primeiro nó crítico identificado pelos atores sociais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde na primeira infância foi a discrepância entre o papel do Serviço, no que tange às diretrizes e atribuições preconizadas, e a realidade imposta no cotidiano da práxis. Os desafios estruturais do processo de trabalho, os impeditivos, e o desamparo dos profissionais frente às impossibilidades materiais, no exercício de suas atribuições, puderam ser identificados nas seguintes frases:

O que impede é fácil de falar: falta de profissional... excesso de trabalho (P7).

UBS e escola não pode fechar para reunião, não... (alvorço). [...] então, a escola tem o período de planejamento; a UBS não tem, então, querendo ou não, em Saúde, a cada semana é uma coisa diferente (P4).

Às vezes, o profissional não tem nem como conversar entre eles. Às vezes, a "Fisio" não consegue nem encontrar o médico, direito, para conversar: - "Olha, doutor, eu estou com esse caso aqui, não sei o quê..." (sic passim) (P4).

[...] o CRAS, ele tem um trabalho preventivo, na verdade. Não acontece como Atenção Básica, que a gente apaga fogo todo momento. [...] Mas, mesmo sem a Pandemia, a gente não conhece essa Rede, né? ...nós e os profissionais que tem que fazer isso. Mas, só que, muitas vezes, a gente é engolido pela demanda, né. Infelizmente, somos cobrados por serviços. [...] a gente acaba não tendo tempo de fazer o que CRAS deveria fazer, que era de conhecimento de território, que era as ações preventivas, devido a nossa grande demanda (P3).

[...] e repito, né, o CRAS deveria ter algum grupo, né, pensar ações para o grupo de 0 a 6 anos e não acontece. Até para trabalhar essa questão de fortalecimento de vínculos que também é uma atribuição não só do CRAS, mas também, de toda a Rede, mas, isso está tipificado, né, para nosso serviço e não tem ainda (P3).

Igual hoje, eu sinto muita falta do Centro Infantil... não estar aqui, porque eles são nossa principal referência (P4) - Para mim também. Encaminho um monte de coisa para lá

(P7) - *Não deu conta aqui, a gente vai acolher, ver até onde a gente consegue e a gente precisa acionar essa Rede (P2).*

Essas barreiras, expressas pelos profissionais através de queixas em relação a questões internas estruturais, de ordem administrativa/organizativa e/ou, até mesmo pela responsabilização e culpabilização individual por *não se fazer o que deveria ser feito*, acabam por desconsiderar os atravessamentos políticos e as relações de poder que travancam o desenvolvimento acurado das práticas de saúde e da organização dos serviços. Destaca-se que os desafios não se restringem apenas ao que diz respeito à Saúde da Criança - aqui priorizada. Com isso, para que o *locus* da atuação profissional em Rede seja factível, é necessário que ocorram mudanças exponenciais nas dimensões macropolíticas (ideológicas, jurídicas-legais e organizacionais) e micropolíticas (em relação às práticas de Saúde).

Isso posto, compreende-se que a hegemonia do modelo biomédico de atenção: *a gente apaga fogo*. (P3); a fragmentação do cuidado: *às vezes os profissionais nem se encontram* (P4); a fragilidade da APS enquanto centro de comunicação da RAS: *a UBS não tem planejamento*. (P4); o subfinanciamento, os problemas de governança e de gestão do SUS: *ver até onde a gente consegue [...] a gente precisa acionar essa rede* (P2), estão diretamente associados aos desafios impostos no cotidiano do trabalho. Assim, para Feuerwerker (2014), as condições de vida e trabalho, embora consideradas, ficam reduzidas a uma paisagem - pois os elementos envolvidos em sua produção escapam à governabilidade dos trabalhadores da Saúde e até do Setor Saúde de modo mais amplo.

Outra adversidade debatida pelos participantes foi a dificuldade de apropriar-se do território de abrangência devido a sua grande extensão, singularidade e complexidade. Essa necessidade foi expressa nas falas a seguir:

É que nossa dificuldade é que o território é muito grande pensando que o CRAS atende [cita três bairros diferentes]. É muito grande!!! Atualmente, conta com cinco assistentes sociais, um no trabalho remoto, mas, atendemos noventa bairros. O CRAS I tem a maior população, então, a gente não tem condições de ir ao Território, né? (P3).

E ali, no Maria do Café, entre CMEI e escolas, são seis no território! (P2).

A gente começa no CMEI, vai para escola municipal, estadual e, também, a gente atua junto ao EJA. Só os colégios particulares que não estão dentro da plataforma do PSE mas, nada impede que a gente possa tá aplicando ações, se forem pedidas pelos professores, diretores (P1).

Mas, lá também [UBS] a gente é porta aberta para tudo. Então assim, de nascimento à idade adulta... Cento e dois anos (risos) nós temos paciente lá! Então, a gente pega de tudo e de todas as doenças, desde as negligenciáveis quanto às doenças crônicas (P2).

A gente precisa, realmente, entrar na casa, conhecer toda essa população, igual a P3 falou. Não dá para ir a todas as casas, é lógico que não! (P7). - A gente adoraria! (P1).

Há vários aspectos que podem ser considerados na delimitação territorial, como barreiras geográficas (mar, rios, morros etc.); condições socioeconômicas e (ou) culturais; fluxo de deslocamento das pessoas (acessibilidade); mobilidade urbana e sustentabilidade; número de pessoas a serem atendidas

(parâmetros do Ministério da Saúde para a ESF); existência de estruturas já definidas por outros órgãos institucionais (setores censitários do IBGE, por exemplo) (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Compreendendo-se o território em saúde como algo além de uma extensão geométrica, que apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 2015), entende-se, também, o porquê da territorialização ser tão importante, pois é nos territórios que as pessoas se encontram e onde serão ofertados os serviços. É no território, também, que se articulam as Redes e onde os direitos são garantidos ou violados. Um entendimento das particularidades de cada território é fundamental para assegurar os princípios da integralidade e da intersetorialidade no atendimento e também para fortalecer as Redes de Atenção.

A territorialização pode apresentar-se como o primeiro passo para a identificação das necessidades de saúde da população, e, mostrar-se como elemento indissociável para a realização de intervenções propositivas apropriadas a cada comunidade de forma viva e dinâmica. O que, nesta pesquisa, explica uma das dificuldades dos atores sociais frente à Promoção da Saúde.

Mesmo assim e, apesar disso, considerando-se as singularidades, diferentes forças, interesses, relações de poder, dinamicidade, concepção do processo saúde-doença e do modelo de atenção estabelecido, o território adstrito é um espaço político-administrativo e suas inter-relações também precisam ser discutidas (GONDIM, 2011).

Para o grupo, propor estratégias de promoção da saúde nessa faixa etária (0-6 anos) é considerado como muito importante. Entretanto, para além da grande demanda, dos desafios exigidos e das forças atuantes no território os participantes não se sentem capacitados para desenvolver ações e atuar na primeira infância. Por esse ângulo, a formação profissional é um nó crítico e ainda se mostra incipiente para atender a complexidade de situações frente à saúde da criança.

E eu acredito, também, que deve haver capacitações, né, que eu vejo que os profissionais, na maioria, não estão capacitados para atender essa faixa etária (P3).

É interessante... quando eu assumi, né?, eu nem entendia nada. Me deram uma pasta: - Tô, você vai para o PSE! Eu nem sabia o que era PSE - Programa Saúde na Escola, então eu, no começo, eu achava interessante. Aí eu falava: - Pô, porque fazer no CMEI? Aquelas criancinhas lá não estão entendendo nada! (P1) - A creche (grupo) (P7). - Vamos começar no primeiro ano, que esse povinho está entendendo alguma coisa! Então, realmente eu estava super equivocado (P1).

Quando a pesquisadora me falou do tema eu pensei: - Nossa, o CRAS tem que pensar sobre isso! A Assistência Social tem que pensar nessa faixa etária que sempre foi um nó, né?! Entre todos os profissionais. (P3). P7 concorda com a cabeça e expressa alívio[...].que é uma dificuldade dos profissionais e eu reconheço hoje. (sic passim) (P3).

[...] mas, eu percebo que, na nossa formação, falta mesmo essa questão da promoção, da prevenção. Mas, nós somos formados muito para reabilitar, então, eu tento olhar de uma forma diferente (P8).

Para Feuerwerker (2014), desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a necessidade de disputar o projeto ético-político da Saúde, também no âmbito da formação de profissionais, já havia sido apresentada. Desde a instituição do SUS no Brasil, observou-se a necessidade de reorientação na formação de profissionais de Saúde para que se tornassem aptos a trabalhar em consonância com o novo Sistema de Saúde, o qual compete ordenar a formação de recursos humanos em Saúde. Dessa maneira, embora Feuerwerker (2014) observa que o conceito de saúde foi ampliado, inclusive possibilitando o reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença no imaginário coletivo (senso comum), essa mudança ainda não se mostrou capaz de ressignificar, dentre as várias profissões, o modo de fazer Saúde.

Além disso, essas interações são construções históricas e têm relação estreita com a formação profissional pautada no modelo flexneriano de cuidado em Saúde e sua esfera pragmática positivista. A lacuna na formação, todavia, é uma oportunidade de discutir mudanças no escopo dos serviços para ressignificar a lógica produtivista de atenção e buscar alternativas coletivas para superar as fragilidades a maneira de produzir Saúde.

Perante as (im)possibilidades cotidianas apresentadas, os atores sociais trouxeram, também a questão do sofrimento produzido pela invisibilidade da dimensão intangível do trabalho. Observou-se inicialmente uma ausência de definição de limites claros que demarquem as atribuições profissionais. As fronteiras entre o papel obrigatório profissional e o seu compromisso ético voluntário em atividades que extrapolam a carga horária são deveramente imperceptíveis. Logo, para ilustrar a imaterialidade do trabalho, apresentam-se as falas a seguir:

[...]a minha parte seria a parte pedagógica... de trabalhar junto com os professores só que (alvorço) não me ouçam... porque vai muito além! [...] você acaba virando mãe, vó, tia, o que dá, o que a criança precisa (P6).

Ele tem que ficar até as quatro e meia... É... eu tô quase todo dia... eu passo ali meu ponto quatro e meia, mas, eu volto para o trabalho, então, não há um dia que eu consiga sair quatro e meia, no horário. Sempre a mais! Eu jamais reclamo de ficar com criança: - "Ah, você tem que ir embora; você tem que ir embora!" (P6).

Constatou-se que isso acarreta, para o grupo, uma sobrecarga de afazeres, pois dedicam-se intensamente ao trabalho, porém, sem reconhecimento. Muitas vezes, como parte importante do trabalho efetivo permanece invisível e caminha na direção das tarefas imateriais, averigua-se, nesse contexto, que essas são desconsideradas como trabalho. Isso acontece principalmente porque as práticas baseadas nas tecnologias leves de cuidado, que atuam constantemente sobre as complexas interações de afetos e interação humanas, permeiam o cotidiano do serviço, como observado a seguir:

Fico muito triste com o tanto que nos é cobrado e tão pouco oferta!"... porque aí, a criança está com febre de trinta e sete e pouco e a professora liga para o pai passar porque a criança está gripada. (P5). - Eles falam para a gente, assim: - "Isso não é febre, não. Então, é porque está com blusa... arranca a blusa!" (P6).

“Olha, teve surto lá não sei aonde... mas, é que eu não trouxe impresso, mas, se vocês vissem o protocolo de biossegurança de dentro das escolas, é algo fantástico aí, sai no rádio! (P5). - Olha que absurdo: eles não estão cuidando de nada! (P4).

Até a autorização ele tem que ler. A autorização para assinar. Você explica, mostra... eles... – “Me dá isso aqui, logo, para assinar!” Não... então... assim... eu tô entregando qualquer coisa aí dentro! (sic passim) (P6).

Para Dejours (2004), essa realidade apresenta-se pela maximização do trabalho imaterial na contemporaneidade em que os servidores vivenciam desaprovações frequentes sobre seu desempenho, ao mesmo ponto em que as ações que excedem o seu compromisso com a instituição são consideradas apenas como obrigação.

[...]e, vou falar uma coisa que o pessoal não vê: elas faziam todo esse trabalho de feirante. [Referindo-se ao extenso trabalho realizado pelas professoras para com a comunidade durante a Pandemia] (P5). P7 concorda, com ar de "absurdo". De entregador, também! (P6).

Se a gente deixa de fazer uma coisa, meu Deus, deixou de fazer, mas, ninguém vê o que fez por trás... É o que a P5 falou: - “É o que a gente faz, mas, que ninguém vê!” (P4).

Assim, em Dejours (2004) compreende-se que, diferentes aspectos presentes no trabalho e no modo de sua organização implica, sobremaneira, na saúde e na construção da subjetividade do trabalhador. Conforme aponta o psicanalista francês, o que institui a diferença do impacto do trabalho – ser satisfatório ou insatisfatório – é a correspondência ou a divergência entre aspectos pessoais - projetos, esperanças e desejos, e a condição de trabalho a que o sujeito está submetido, isto é, quanto mais condições de realização das expectativas e desejos a atividade do trabalho permitir, mais prazeroso será, ao contrário, quanto mais restrições e divergências, mais penoso se tornará. Ainda segundo esse autor, há uma dinâmica de resistência do indivíduo contra aquilo que lhe afeta de forma negativa, uma luta do sujeito contra aquilo que, no trabalho, lhe adocece. Assim, a organização do processo de trabalho é central no elo entre o trabalho e o adoecimento. Esse mecanismo é demonstrado nesta tentativa de resistência relatada por um dos atores sociais do grupo quando, após o serviço, usou seu carro particular para atender uma demanda advinda do próprio trabalho.

Se arriscando de alguém achar que você estava roubando (P7). - Me arriscando, todos os pais que eu levei, P7, - todos -, eu fiz uma fichinha. Todos assinaram e o horário que essa cesta chegou. Sabe por quê? Se tivesse algum problema, eu tenho tudo anotadinho lá (P6)

Como saída Dejours (2004) aponta a escuta coletiva, - momento valorizado pelos atores diante da realização do grupo focal, de retomada da posição de sujeito, autor de sua história no trabalho, como sugere a fala a seguir:

Gostei muito. É muito válida essa conversa. É muito gostoso a gente poder expor tudo que a gente sente; que as angústias que a gente tem na escola e que... assim... que tudo pode se resolver! Só que eu preciso ir porque, daqui a pouco, começa a dar o horário de entrega de alunos (P6).

Ou seja, é através do reconhecimento do sentido de seu trabalho que o trabalhador pode transformar o sofrimento vivenciado em prazer e realização.

É nosso trabalho de formiguinha! (P6). - Que já faz a diferença! (P1).

Um trabalho de formiguinha pode até ser pequeno e passar despercebido, mas, surte efeito e chega a resultados surpreendentes. Os estudiosos compreendem que as formigas apenas distinguem quais trabalhos exigem mais experiência, mas todos são igualmente necessários e ainda reforçam que, mesmo as formigas que são vistas apenas andando, estão desempenhando uma função (BRUMATTI, 2019)

5.3.2 Nós desatando nós

Nos serviços de Saúde, torna-se indispensável o diagnóstico de potencialidades (FEUERWERKER, 2014). Os pontos negativos aparecem, frequentemente, com maior destaque, então, há uma necessidade de que se busque conhecer em que pilares as suas crenças, valores e concepção de mundo, a sua saúde encontra-se ancorada. E esse é o primeiro passo para a construção de uma cadeia de cuidados promotora de saúde centrada nas necessidades do sujeito. Mesmo diante dos nós críticos identificados anteriormente, *as formiguinhas*⁷ mostraram-se propositivas, abordando os problemas do território sob a perspectiva da potência de vida. Os atores demonstraram que existe realização pessoal no exercício profissional apesar das inúmeras barreiras.

Mas, é muito gratificante a gente tá lá na ponta assim... (sic passim) (P2).

Sou super suspeita quando o tema é relacionado à criança. Você pega meu Portfólio, só tem criança, então, amo (P8).

[...]eu amo o que eu faço, gente! (P6).

[...] eu me apaixonei na época da faculdade na Saúde Pública e segui essa linha de trabalho mesmo (P4).

Então, todo esse conhecimento, sabe, eu fiquei... assim... amando! Fazer tarefas; atividades dentro dos CMEIs... (P1).

Outro ponto importante é que a arte do encontro foi ressaltada como modelo de cuidado e possibilidade de produção de saúde, conforme destacadas nas citações adiante.

Por isso, eu sou muito apaixonado pela Saúde da Família porque a gente sai das nossas quatro paredes, né, e vivencia a realidade dessas famílias, né? Acho isso o mais importante: a gente consegue pontuar assim com a família. (sic passim) (P4).

O que o P1 falou, também, que a Pandemia não trouxe só problemas: muitas famílias aumentaram, bastante, seus vínculos. Tanto que, a criança chega na escola, no CMEI: - "Ah, eu quero minha mãe! Eu não quero ficar!". Isso também é um benefício (P7).

Ratifica-se que, quando o trabalho é percebido como território de produção de encontros e de mútuas afetações em defesa da vida, pode ser na saúde, na fabricação das políticas, na produção do cuidado integral, nos processos de formação, graduação, pós-graduação, ele possibilitará uma atuação rica em conexões e em potência de vida em qualquer faixa etária que se proponha atender (FEUERWERKER, 2014). Quando os atores sociais foram abordados, especificamente em relação à Promoção da Saúde na

⁷ Termo utilizado pelos participantes P1, P3 e P5 durante o grupo focal.

Primeira Infância, o elemento *Intersetorialidade*, com a aquiescência dos participantes, surgiu como precursor do cuidado integral, sendo apontado como caminho possível para atender, de forma eficiente e em toda a sua complexidade, às necessidades de saúde identificadas nessa faixa etária. Na continuação temos as falas a seguir que trouxeram esse elemento.

Eu fui conversando, muita tranquilidade com todo mundo para ter essa eficiência de todos, né?! Porque eu trabalho muito com intersectorialidade... (sic passim) (P1).

Eu acho que é isso mesmo: essa intersectorialidade! Trabalhar junto, mesmo! Pensar na criança, mesmo, e atuar junto com a família. [...] eu sei um pouquinho de uma família; P2 sabe um pouquinho da outra e, de repente, essa troca de informação é o que vai conseguir, realmente, auxiliar e fazer com que haja, assim, um enfoque maior na criança. (P7).

Eu acho que a intersectorialidade é fundamental porque, senão, a gente não consegue. Eu acho que a qualidade das informações, também, que a gente teria [...] Mas, eu acho que, tentar trabalhar essa questão da intersectorialidade, [...] é isso que é fazer Promoção, mesmo... a gente tentar diálogos! (P2).

Elas estão sempre me ajudando [...] o posto de saúde é um grande parceiro meu (lá da escola). Assim... o pessoal faz um trabalho... assim... eles vão até além do que eles podem fazer (P6).

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersectorial (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Ante o exposto, a intersectorialidade garante a integralidade das ações de atendimento à criança em sua totalidade. Assim como a integralidade, a intersectorialidade parte do entendimento de que a criança que acessa o Serviço de Saúde é a mesma que acessa a creche ou a pré-escola da comunidade, as atividades de esportes, os programas da assistência social e os demais equipamentos disponíveis no território e na comunidade (BRASIL, 2015g). A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas, com o objetivo de superar a fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns e deve ser o princípio norteador da construção das Redes Municipais (BRASIL, 2015g). A iniciativa pela (re)constituição de uma rede municipal, também foi anunciada pelo Grupo Focal:

Então, essa troca que a P7 falou que tem que ter, né, agora podemos pensar, né? Ser retomadas as reuniões de Rede... (P3).

Acho que também a questão de se reunir com todo mundo, trocar experiências, ver que as coisas estão acontecendo e, quando a gente fica numa bolha, a gente não vê que tá acontecendo. Eu e o P1, a gente conversa bastante em relação ao PSE. Eu gosto muito (P4). - Eu tenho uns probleminhas e já cato ela: - "Me ajuda aqui, pelo amor de Deus!" (P1). - Então, é isso! Essa reunião é bem rica... assim... deveria acontecer mais vezes. A gente deveria se permitir mais (P4).

Para que uma articulação em Rede se fortaleça, é essencial que os distintos atores das organizações envolvidas estejam integrados, não somente para trocar experiências, mas, principalmente

para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução está fora do alcance de um indivíduo que atua isoladamente (BRASIL, 2014e).

É preciso entender que a integração das ações é muito importante para o desenvolvimento das pessoas e da cidade em geral e que é fundamental que cada território se organize e estruture sua Rede de Atenção à Primeira Infância de forma articulada entre saúde, assistência social, educação e cultura. Não há um setor mais importante que outro. Assim, pode-se dizer que a intersectorialidade requer uma nova cultura de desenvolvimento das políticas públicas sociais: um diálogo frequente e contínuo, uma prática constante de reflexão e decisão compartilhada, compreendendo as potencialidades de cada área e as habilidades de cada equipamento e suas equipes (NASCIMENTO, 2010). Conceito esse compreendido pelos atores sociais e relatado nas seguintes colocações:

Eu digo, sempre, nas reuniões, P2, que isso não é curiosidade: - "E daí, o que que deu?" É porque você tem uma responsabilidade de trabalhar com essa criança; de trabalhar com a família; fazer esse trabalho (P7).

E, fora isso, mesmo que seja remoto, nem que seja lá, lavando a louça, essas reuniões são importantes para que a gente tenha uma referência de com quem falar, quem encaminhar, né? Conhecer, realmente, o foco de você estar encaminhando (P7).

Eu sou muito... assim... de querer que a pessoa saia, pelo menos, com a orientação correta. Eu sou muito curiosa de querer saber o máximo de informações ali do meu serviço e até mesmo dos outros, para poder orientar, porque eu, como usuária do sistema, eu também ia ficar bravo... ficava pulando de um lado do outro, né? Por isso, é importante estar participando de todas as reuniões (P4).

Nesse sentido, a produção de conversas e de uma agenda comum se faz necessária para a convergência e aglutinação de temas de relevância e interesse coletivo, uma vez que os modos de operação e as prioridades e até mesmo a linguagem podem ser distintas umas das outras. É preciso operar micropoliticamente para encontrar pontos de confluência nos diversos níveis do território para que recursos sejam mobilizados e ações potencializadas (GONDINM, 2008). Apenas os atendimentos técnicos, com preenchimento de papéis e encaminhamentos, têm-se mostrado insuficientes na relação com outros equipamentos e secretarias, sendo importante dispor de questões uníssonas e comuns entre os usuários para sedimentar a integralidade, fortalecer a setorialidade e assim, atender-se com a maior amplitude possível às necessidades dos usuários do território.

A prática da integralidade pressupõe um vínculo contínuo da equipe com o usuário e suas necessidades, proporcionando a ele o acesso a todos os serviços e tecnologias disponíveis para o seu atendimento. Essa inter-relação serve como referência para organização dos serviços e das práticas de saúde; de alicerce para a ampliação e diversificação das ofertas e como elemento determinante na construção de uma relação humanizada e, por consequência, como produtora da saúde (CECÍLIO, 2001).

Esse aspecto sobre integração serviço-profissional-comunidade foi manifestado pelos colaboradores nos seguintes exemplos:

Isso que eu ia comentar, também! Nem toda UBS, nem toda escola tem essa relação e essa abertura! (P1).

Eu pertencço a uma outra UBS, mas, é aqui entendeu (risos)... eu já aviso porque, na minha UBS, eu não consigo ter a conversa que eu tenho com os profissionais que estão lá (P6).

E a abertura dos profissionais, também, porque tem Unidade que a gente não consegue ter esse diálogo (P3).

Igualmente assinalada pelos atores sociais, a organização e o planejamento aparecem em seus discursos como elementos que potencializam o trabalho intersetorial e a atuação em Rede.

2019 havia reuniões de Rede; que há, no espaço que o CRAS organizava, e chamava todos os serviços ali, onde era discutido algumas questões (P3).

[...]as reuniões de Rede que o CRAS puxava, acho que eu participei só de uma porque, depois, já se perdeu isso, mas, eu acho que já ter isso programado vai ser bimestral, que a gente já vai pensando quem são nossas famílias, quem são nossas crianças... (P2).

E, também, faz parte da educação do profissional fazer rodas de conversa. É o que eu sempre falo: a importância de, pelo menos uma vez no mês, pelo menos um período no mês, a UBS fechar para reunião de equipe, para passar essas informações para escola; poder ir lá, fazer um matriciamento, uma educação, o CRAS tá participando; de poder fazer essa reunião (P4). - Poder contar esse exemplo maravilhoso que nós temos aqui (P1).

Mas, a gente já conseguiu uma época (P2). - Mas então, é muito da educação da população. Eles vão achar ruim, vão achar ruim, mas depois, se melhorar o atendimento da UBS, melhorar o senso de humor dos funcionários, eles já vão começar a entender e já ter programado, de toda última sexta de manhã do mês, a UBS do Ponta Grossa tá fechada (P4).

Assim, o planejamento na elaboração de uma política é uma ferramenta essencial para sistematizar, de maneira coesa, para gestores e profissionais de saúde, os grandes eixos de ações que compõem, além de ofertar estratégias e dispositivos, como linhas guias e linhas de cuidado, articulando-se ações e serviços no enfrentamento da fragmentação da atenção. De maneira simplista, Políticas Públicas são ações e programas, desenvolvidos pelo Estado, para colocar em prática direitos previstos na Constituição Federal e dedicados a garantir o bem-estar da população. No entanto, quando se pretende alcançar objetivos complexos, traçados coletivamente, tais como a construção de uma Política Nacional, que estão diretamente associadas às questões políticas e governamentais e que mediam relações entre Estado e sociedade, a necessidade do planejamento, torna-se primordial (BRASIL, 2011a).

Esse planejamento precisa ser feito de forma a alcançar, se não todos os objetivos propostos, ao menos aqueles mais relevantes, primordiais. Caso contrário, as letras serão mortas, apenas letras. Quando planos, programas, declarações, leis, propostas, promessas, não chegam ao seu alvo, o que se tem é uma farta e inócua literatura e pessoas desassistidas dos direitos que essa mesma antologia lhe garante.

Como já enfatizado neste trabalho, o planejamento talvez seja um dos mais importantes movimentos em direção a um processo de mudança. Não poderia ser diferente no SUS. E o grupo focal deixou claro que tem pressa na construção e execução de planos que se sobreponham às necessidades existentes e permitam uma melhoria na atual conjuntura de saúde da população (COLUSSI; PEREIRA,

2016). Os atores sociais refletem sobre como promover encontros para planejar estratégias mais condizentes com as realidades do território que atendem. É imperativo transformar discursos em ações.

5.4 MULTIPLICAÇÕES: ESTRATÉGIAS LOCAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Práticas desenvolvidas comunitariamente e apoiadas nos preceitos da PNPS, buscam superar o modelo setorial e o paradigma medicalizante e avançar na construção da intersectorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação social. Nesse sentido e, em “passos de formiguinhas”, o grupo vai executando, com intervenções humanizadas, de modo delicado, quase imperceptível, mas, com determinação e persistência inabaláveis, promoção da saúde na primeira infância como ela deve ser: integral; um recurso para o enfrentamento à medicalização da vida. Vão assim, tecendo redes.

Por vezes, no entanto, essas ações podem aparecer desprendidas do seu conceito original. Pode parecer pouca coisa, mas, apropriar-se de um termo técnico em sentido contrário ao que ele, de fato foi pensado, pode subverter sua ordem e causar desde indiferença até ações equivocadas. Ou, por que não, permitir novos olhares e a expansão de velhos conceitos.

É certo que se tem, na comunicação, o poder de tornar o ininteligível em algo fácil de se compreender e, por consequência, aplicar o seu significado com mais clareza, assertividade e precisão. E, por consequência, garantir que a execução de um planejamento atinja o máximo dos resultados esperados.

Uma questão recorrente percebida nas discussões foi a polissemia do conceito de promoção de saúde. Os atores sociais do grupo apresentaram compreensões distintas em relação à definição, significado, semântica e sua aplicabilidade prática. Observou-se, nas discussões, que o grupo apontou diversos componentes para explicar sua compreensão sobre promoção da saúde. Incontestavelmente, essa compreensão interfere nas ações que são realizadas e relatadas.

A concepção da promoção da saúde sob prismas diferentes, pode ser identificada nas infinitas expressões e manifestações cotidianas das práticas em saúde. Não se objetiva aqui, entretanto, demarcar-se as ações relatadas em “classificações nosológicas” de certo ou errado, mas sim, de analisar e compreender o conjunto de estratégias, recursos e ações desenvolvidas em experiências locais enquanto construções intra e intersectoriais que buscaram promover saúde na primeira infância

Em linhas gerais, destacou-se a inexistência apresentada pelo grupo entre os termos de Prevenção e Promoção, constantemente colocados como conceitos análogos. No extrato a seguir o conceito de promoção da saúde ainda emergiu delineado pela ordem biomédica, associado a práticas clínicas assistenciais e a prevenção de agravos. Em outros termos, uma linha tênue entre Promoção e Prevenção, conduzindo à primeira ideia de saúde como ausência de doença.

[...] quem ainda não precisou, ainda não sabe, mas, eu acho que a Promoção, hoje, dentro do Município se ouve o atendimento especializado para as crianças, o atendimento especializado para os bebês, o atendimento para as crianças dentro da

barriga da mãezinha [...] Olha a criança, precisa dos óculos, a mãe sabe que o Município tem óculos gratuito...(P5). Já faz avaliação de acuidade auditiva e ocular junto (P1).

Essas promoções nossas dentro das escolas, dentro dos CMEIs, acontecem dentro daquelas ações já, que a gente considera que acontecem lá dentro: os pais ficam sabendo porque que vai lá ver uma foto dentro do site do Município, mas, que acontece lá prevenção da dengue (P6).

Mas, eu acho que ela... [referindo-se à pesquisadora sobre a pergunta em relação à saúde] quando ela fala de Promoção mesmo, não seria... assim... a Prevenção. Seria essa identificação precoce dos óculos e tal, mas eu acho que não... deixa eu pensar... Como eu posso dizer? [...]e a Prevenção é a gente já usar artificios leves, que a gente conseguiu identificar precocemente (P2).

Iniciando-se as discussões sobre a temática, cabe aqui situar o leitor e fazer uma breve formulação frente a esses enunciados que serão aprofundados posteriormente. Diferentemente da promoção da saúde, a prevenção de enfermidades tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

De modo geral, poder-se-ia dizer, então, que a prevenção da saúde teria como resultado esperado a redução de fatores de risco, a diminuição de complicações das doenças e a proteção de pessoas e grupos de agentes agressivos.

A promoção da saúde, por sua vez, teria como resposta esperada, para além desses aspectos, a abordagem dos determinantes sociais, a influência em decisões de políticas públicas e a promoção da equidade e justiça. Em virtude disso, Chor e Faerstein (2000) complementam que “a promoção da saúde afeta o conjunto da população, no contexto de sua vida diária, e não se concentra nos indivíduos que correm risco de desenvolver doenças específicas”.

Nesse caminho, a promoção da saúde com ênfase na Educação em Saúde e nas ações de orientação aparece no discurso dos participantes:

Eu entendo... assim... você dizer como Promoção à Educação mesmo, em Saúde... eu vejo mais a promoção como educar mesmo (P2).

A gente fazia os acompanhamentos de ir, pré-natal. Orientávamos essas mães (P2).

Só que, conforme eu vou atendendo, uma mãezinha ou outra procura... Como eu disse, também, eu tento abordá-las [...] Eu não fico só aí... tá, né! Sei lá, vamos supor, está prematuro, tá com atraso, vou trabalhar isso, mas, eu tento abordar a mãe, orientar essa questão, como que eu posso falar das habilidades emocionais mesmo... a importância que tem de elogiar, de falar: - "Nossa, parabéns! Você consegue!" (P8).

A gente acompanha no sentido de orientação para família; orientação aos cuidadores, né?; a gente também faz visitas, claro; a gente também acompanha, quando necessário, no CMEI, mas, a maior função, ali dentro do CAME, especificamente, com essa primeira infância, é mais no sentido de orientação (P7).

Em Apucarana, para além das ações educativas, as intervenções grupais praticadas intrassetorialmente, também foram elencadas pelos atores sociais como espaços de promoção da saúde na

primeira infância. As ações relatadas na reunião acentuaram a potência dos encontros grupais para o fortalecimento de redes comunitárias destacando a troca entre pares, - como por exemplo pais com pais-, como sendo, por si só, transformadora.

[...] nos grupos das puericulturas, então... assim... eu via isso como muito valioso e vantajoso na Unidade: que a gente separa de 0 a 3 meses; de 4 a 6. Então, tinha essa troca dos pais, também. Então, um via o filho do outro e depois eles vinham questionar: - "Olha, mas viu... aquele bebê tá fazendo isso, o meu não tá..." Conseguia ter um pouco mais dessa troca... assim (P2).

Acho que mais importante de grupo é essa troca mesmo, igual a P2 falou, na Puericultura: - "Ah, mas o bebê dele faz, o meu não faz!" Então, quando tem grupo, essa troca que tem é muito importante (P4).

E que acontecia de ações que eu achava que era bem legal... assim... com as crianças maiores de nove meses a um ano e aí, de um ano e seis meses, que a gente trabalhava, com os pais, confecções de brinquedos de recicláveis. Aí, a gente sempre se dividia. Aí, ficava algum pessoal com as crianças avaliando e fazendo as demandas e aí, uma outra equipe, com os pais, para confecção de brinquedos... assim... e era bem legal, porque, às vezes, a gente tirava algumas coisas desses pais... tipo... falta de alimentação ou violência, com uma outra forma de diálogo, né, do que você e ele está sentado ali, conversando e você até sabe que existe, mas, ela não quer te falar, você também não tem como, né, exigir que isso aconteça (P2).

Outras falas confirmam a importância desses movimentos em direção ao despertar da família para o cuidado integral da criança. *Grupo de Inserção*, nada mais apropriado para denominar essa rede de interações e transferências:

No CAPS Infantil, a gente tinha um grupo de família que a gente chamava "grupo de inserção". Então, eram quatro encontros para os pais das crianças que estavam sendo inseridas no CAPS. e daí, o último encontro sempre era - não confecção de brinquedos - mas, era brincadeiras antigas. As crianças estavam junto, né?! Então, ele era muito muito bacana porque vários pais, ou não conheciam essas brincadeiras, ou, né, lembrava lá, na minha infância: - "Quando eu era criança, eu fazia isso com a minha avó. Não...! era bem bacana... assim... era um encontro, mas, dava para ver que o pai mudar até expressão junto com o filho, né, ou ali mesmo a gente conseguia pontuar com o pai algumas situações: - "Ele é pequeno, perdeu, não pode perder, não, né?" (P4).

A gente conseguir pontuar essas situações, também, que acaba atrapalhando na escola, e tudo mais, né, porque quando tem essa troca - não nós profissionais com uma pessoa - pais com pais é bem diferente porque ele acaba percebendo alguma falha ou alguma coisa nele mesmo. Até um pai que é mais carinhoso e daí para pensar como trata o filho. Eu acho que sempre a importância do grupo é isso: eu vejo como sempre positivo grupo nessas situações(P4).

O que acontecia na Assistência também, né, no CRAS até 2019 nós tínhamos os grupos, do PAIF, que é o Serviço de Atendimento Integral à Família [...]E havia grupos mensais e alguns encontros. A gente promovia esse encontro entre pais e filhos. Tinha até algumas ações específicas em datas comemorativas. Então, a gente já promoveu gincanas entre pais e filhos e a gente visualizava essa interação, né? (P3).

Nessas intervenções intrassetoriais mencionadas, que tiveram a integração como ponto de partida para alcançar as crianças menores, incluindo apoio às famílias, para que pudessem despender cuidados ao "florescimento" dos filhos e descobrir meios para resolver as dificuldades quando estas ocorressem, tiveram como alvo o estabelecimento de vínculo e o fortalecimento da parentalidade. As estratégias estimularam a corresponsabilização do cuidado, o apoio mútuo, a sustentabilidade das ações, visto que,

aproveitou-se de materiais recicláveis para as atividades, além do resgate, de forma intergeracional, do brincar como recurso terapêutico, organizador e constituinte do desenvolvimento infantil.

Brincar está longe de ser apenas um momento de diversão: é uma forte estratégia de desenvolvimento da parentalidade. É nas brincadeiras que despontam as relações emocionais, acontecem o amadurecimento dos contatos sociais, a organização da criança como ser social e seu desenvolvimento físico e mental (PAPALIA, 2013).

Como ratifica Winnicott (1975, p. 70):

Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.

Nesse sentido, apenas o mecanismo biológico e a capacidade cognitiva não são suficientes para a constituição do sujeito. É preciso, também, interação com um interlocutor vivo, por isso, os jogos realizados pelos atores da pesquisa nos serviços que envolveram os pequenos com seus pais ou responsáveis, por exemplo, auxiliam na assimilação e elaboração de acontecimentos internos e externos ao sujeito, transformando-os em brincar. Com isso, permite-se à criança fazer novas experiências e prescindir da presença do outro. Brincar, nesse sentido, é um novo significante incluído no universo simbólico da criança. E isso é formidável.

A ideia central das ações grupais relatadas pela Saúde e pela Assistência, mesmo que não percebidas pelos atores sociais, impulsionam o deslocamento das dificuldades das crianças do campo da mazela/doença/sofrimento/ para o das dificuldades comuns do desenvolvimento infantil, no qual os pais se tornam promotores de estratégias salutares, sendo reconduzidos para o enlace possível entre pais e filhos no campo da Promoção da Saúde.

Em virtude disso, tem-se por proveitoso que os serviços distingam duas vertentes: as necessidades da criança e do cuidador primário, devendo-se aí incluir tanto os cuidados ao desenvolvimento da criança, quanto à saúde e o bem-estar das mães – ou quaisquer que ocupem esse lugar de maternagem - e das famílias.

O período que vai da gestação até os seis anos de idade é imperativo para o desenvolvimento infantil. O que já é sabido por gestores, formuladores de políticas públicas e profissionais que implementam e avaliam a eficácia das políticas no território é que a tarefa de zelar pela primeira infância é um trabalho conjunto. Já foi dito que, para que uma criança tenha um desenvolvimento saudável, é importante estimular o vínculo com sua família e ofertar uma atenção especial convergindo os olhares e juntando os saberes, para buscar uma visão holística da criança, que considere dimensões biopsicossociais, ou seja, seus aspectos sociais, psicológicos e biológicos (BRASIL, 2016).

No tópico a seguir, também se evidenciou que as modalidades de ações grupais e/ou coletivas exprimem maior correspondência com o que os atores sociais qualificam como promoção da saúde em detrimento das ações individuais. O que não significa que ações individuais não possam ser desenvolvidas sob o enfoque da promoção da saúde.

Na verdade, eu não vivenciei muito, né,[referindo –se as ações de promoção da saúde] porque eu já entrei, né, no ano da Pandemia, no ano passado, mas, sim, particularmente, eu tento fazer essas ações só que, de forma individual, da forma que eu posso. Como eu relatei, o pessoal vê muito a Fisioterapia como forma reabilitadora, então, os pacientes que eu atendo, realmente, são os pacientes que chegaram via referência (P8).

[...] quando a gente vai fazer uma avaliação anamnese de uma criança, é desde a gestação. Como foi essa gestação? Foi desejada? Não foi? Como que foi o parto? Engatinhou? Não engatinhou? Andou? Falou com quanto tempo? Tira a fralda quanto tempo? (P4).

Quando eu abordo uma criança, eu faço avaliação: realmente, não tem um atraso, não tem nada, mas, independente, eu não dispenso, né? Eu chamo a mãe, acompanha tudo. Se é um pouquinho maior, dou um papel para rabiscar, dou tinta, né, enfim... (P8).

A questão, como eu disse no início, de pintura, atividade, essas coisas... eu percebo, né, a gente pega lá, eu pego o manual do Ministério... realmente, tem ações de práticas corporais, alimentação, do desenvolvimento, mas, particularmente... assim... eu não trabalhei isso no coletivo. Espero que agora, né, a gente inicia amanhã começo a trabalhar um pouco... (P8).

Antes a gente tinha muitos grupos das puericulturas, agora, como ficou tudo mais individualizado, a gente acabou perdendo um pouco isso, né? (P2).

Eu acho que a P8 tá fazendo um trabalho maravilhoso, agora, na Unidade... assim... dessa primeira infância em relação à estimulação precoce, mesmo porque, querendo ou não, nós tivemos muitas crianças órfãs e... assim... então, acaba que trabalhando não só evolução, então, na prematuridade, desde o início (P2).

Ainda que o grupo esteja mais inclinado a reconhecer a promoção da saúde associada à realização de atividades coletivas e grupais, é importante frisar que ações, mesmo quando individuais, podem ser capazes de instigar reflexões críticas, ampliando o olhar dos sujeitos para melhores tomadas de decisão. Consequentemente, fomentando o protagonismo; germinando mudanças significativas, aspectos indispensáveis para o deslocamento das demandas assistenciais apenas sob a lógica da oferta para as necessidades de saúde.

A Promoção da Saúde não precisa ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger e construir para si, o que considerar como formas de vida mais saudáveis. E que essas escolhas sejam as escolhas mais fáceis. São ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (BRASIL, 2018a).

Assim, por exemplo, quando um reabilitador passa a ofertar outros recursos, apresentando outras formas de cuidado, desde uma anamnese, que em sua condução se ocupa da integralidade; a usar de

estratégias alternativas que sejam capazes de operar na defesa de diferentes formas de existência e no enriquecimento de vida; a convidar a mãe a permanecer vinculada à UBS mesmo na ausência de um diagnóstico, esse posicionamento pode, frente à manifestação sintomática daquele sujeito, propiciar espaços de escuta que sejam capazes de deslocar o sentido anterior atribuído àquela demanda, repercutindo na reflexão sobre autonomia e empoderamento, rompendo com a reprodução mecanizada, mercantilizada e farmacológica do atendimento e, portanto, promotora de saúde.

Como se pôde apreender do que foi exposto pelos atores até agora, apesar da predominância dos desencontros conceituais teóricos sobre promoção da saúde, assentada no campo da Saúde Coletiva, as ações relatadas demonstraram várias construções alinhadas aos princípios-chaves de promoção da saúde, clínica ampliada, cuidado centrado no sujeito, participação social, equidade e reconhecimento dos determinantes sociais.

Esse delineamento também aparece na aproximação com as escolas. A linha, às vezes, é tão tênue entre um significado e outro que expõe a pluralidade e amplitude do conceito, da implantação e implementação de Promoção da Saúde na Primeira Infância da sua perspectiva até sua operacionalidade. Essa pluralidade pode ser observada nos fragmentos subseqüentes quando o Programa Saúde na Escola – PSE surge nas discussões do grupo focal.

A redefinição do debate sobre saúde na escola e as discussões sobre práticas de promoção da saúde foram estratégias amplamente abordadas pelo grupo enquanto construções de Promoção da Saúde na Primeira Infância de forma intersetorial. O PSE aparece como um meio de estimular o fortalecimento da integração entre educação e saúde e fomentar a intersetorialidade preconizada pelo SUS e a corresponsabilização entre os dois setores, habituados a trabalharem sem a ingerência de outras esferas (CAVALCANTI, 2021).

O Programa Saúde na Escola, de fato, visa à prevenção de doenças, promoção de saúde e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Tudo isso, por meio de ações em saúde e atividades educativas no contexto escolar considerando como base para sua operacionalização os territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc). Sua abordagem principal versa sobre os seguintes temas: promoção das práticas corporais; prevenção ao uso de álcool, tabaco, outras drogas; promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; direito sexual e reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2007). Contexto apresentado por um dos atores sociais do Grupo Focal:

O Programa Saúde na Escola ele tem doze ações; hoje é a décima terceira ação: é a precaução e prevenção contra o Covid nas escolas. Tanto escolas municipais quanto estaduais têm seu projeto de biossegurança, já, e, a gente aplica as demais ações. São todas ações de prevenção de saúde (P1).

O planejamento dessas ações do PSE precisa considerar o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. Há de se lembrar que, para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que inclua a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar, como estabelecidos em seus cinco pilares: a) avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; b) promoção da saúde e de atividades de prevenção; c) educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; d) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e) monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011e).

Acrescenta-se ainda que é inerente ao Programa Saúde na Escola a elaboração de atividades a partir das estratégias firmadas entre a escola, dentro de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde, visando a integração e articulação de redes permanente da saúde e da educação como estratégia para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2014a). A existência de ações articuladas e de iniciativas intersetoriais realizadas no território da APS foi trazida nos seguintes exemplos sobre o PSE:

Prevenção de saúde bucal... o PSE não é curativo, ele não vai tratar uma criancinha que tem dor de dente. É só prevenção mesmo, e orientação. É feita a avaliação, ensina escovação e vocês sempre estão promovendo essas ações também - [referindo-se à residência multiprofissional] (P1).

Tem as ações ortodônticas também. Então, estão colocando aparelho. As ações oftalmológicas que são feitas dentro das escolas que são feitas avaliações (P5).

Uma vez, a gente fez junto com pessoal da Odonto, de escovação de dente! Fez questão de higiene pessoal, daí lavar mão. Então, a gente pintou a mão daquela criança... de duas criancinhas, de verde. Pintou a mãozinha inteira e vendou o olho dela e falamos, na frente de todos os amiguinhos: - "Lava lá da sua mão!" Ela lavou lá e aí, ela pensou: - "Vou lavar aqui, que nem me ensinaram, né?" E, por mais que ela lave da forma mais correta que ela aprendeu, ainda não tá 100%. Então, ela chega e passa isso...a gente fez uma ação... é... com a fantasia do mosquito da dengue e ensinamos a questão da dengue, de tirar os vasinhos de planta com água parada, pneu... então, ela chega em casa e fala: - "Olha, mamãe, aqui a água está parada, tem que tirar (P4).

A gente trabalha muito em conjunto com a Saúde (P6). Acho que da dengue (P2).

As crianças saem na rua, inclusive falando nas casas, sobre o mosquito da dengue; que mandaram para nós a roupinha de mosquitinho, então, já ocorre durante o ano todo, desde da educação infantil dos CMEIs até lá, o quinto ano (P5).

Nessas primeiras alusões feitas pelos participantes, entendeu-se que a articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde é a base do PSE e suas ações estão em conformidade com os eixos propostos pelo programa. No entanto, mesmo que o PSE tenha o propósito de intersectorialidade e se ocupe de integrar os setores, observou-se que, ao menos nesse Território a Promoção da Saúde ocupa uma posição

periférica em relação ao desenvolvimento de ações preventivas e educacionais. Atores juntos fazendo o que já faziam separados.

Analisando-se o contexto geral dos relatos, essas iniciativas apresentaram-se como um processo frágil. Apesar de anunciarem-se como uma prática inovadora e como uma estratégia sustentável e duradoura no cenário escolar, ainda se confundem muitas vezes e facilmente, com ações pontuais ou campanhas temáticas (CAVALCANTI, 2021).

O elemento positivo é a confiança e o diálogo constante entre os atores dos setores envolvidos, nesse caso específico, Saúde e Educação expressando o desejo de planejamento conjunto. Entretanto, a finalidade, por vezes, é a mesma: avaliação, orientação para o tratamento da doença e prevenção de agravos.

[...] nós estávamos fazendo um projeto junto com o Enfermeiro, né?! Antes da Pandemia, teve aquela ação que ele fez, também, para o desengasgamento da criança. Ele acabou salvando uma criança, então, ficou bem legal ensinar os pais, professores, fazer essa atividade, que ela salva vidas mesmo! (P1).

Essa atividade, também ser repassada nas escolas para os professores, porque a gente não sabe agir. Eu tive uma criança engasgada na escola e eu consegui desengasgar com a manobra e, depois eu levei lá no postinho porque, entrou um arroz no nariz, e a criança ficou com aquele arroz ali. Nós temos muitos professores ali, que não estão preparados para isso (P6).

Outro projeto também que eu cheguei levar para AME, mas vai ter uma reunião entre a gente ainda para poder estudar de melhor, sabe, entre setores: é sobre uma educação para os professores de CMEIS, sobre saúde da criança, o que que é febre; qual é a temperatura correta; se a criança tem uma dor de barriga, vai no banheiro? (P1).

Assim, na persistência dessa mistura de significados e entendimentos, sublinha-se que, mesmo diante da construção de ações intersetoriais, não se tem elementos suficientes para identificar em que aspectos se aproximam ou distanciam-se do conceito de promoção da saúde, pois apesar de apresentarem-se como intervenções pensadas para transformação de comportamentos, orientações em saúde e mudança de hábitos, sua análise depende dos princípios estruturantes que fundaram a elaboração das ações, como também ilustrado nas frases a seguir:

Já fui lá [referindo-se à UBS], já conversei com o Educador Físico. Você também, né, que a gente inicia o projeto dentro da escola para tá atendendo as crianças com grau de obesidade. Então, agora, a gente já tá em trabalho com os Residentes da UBS: o Educador Físico, a Nutricionista e a Fisioterapeuta. A partir de amanhã deixa os pais a partir de amanhã lá na escola para estar avaliando pra a gente já começar um trabalho já, pensando nessas crianças que voltaram com a questão da obesidade para escola (P6).

Na escola, a gente fez bastante palestra com fantoches (P2). - Aquele trabalho de alimentação das crianças até agora... (P6).

Caminhada do Outubro Rosa, né, P6? (P2). Eu vejo que elas têm, sempre, essas conversas: - "Olha, vamos começar o Outubro Rosa!". Elas falam para Diretora: - "Posso entregar os panfletos para as crianças?" (P5).

Compreende-se, portanto que a promoção da saúde em rede implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois ela deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (inclusive de gestão, financiamento, recursos, estrutura). Não se trata de minimizar os esforços conjuntos dos profissionais no exercício de iniciativas que têm alta relevância, mas, de questionar o alcance dessas estratégias para o objetivo colossal anunciado pelo programa apenas assentados em aspectos da micropolítica.

Embora o PSE defronte-se com grandes barreiras e esbarre em questões importantes para incorporar a promoção da saúde, apresenta potencial para atingir um público maior como crianças, jovens, professores e pais, e, por consequência, construir vínculos com a comunidade e ampliar as ações em saúde. A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral, tendo no PSE uma das estratégias para essa efetivação (CAVALCANTI, 2021).

Nas falas a seguir, também se observa o PSE agindo, na visão dos atores, como este vetor de multiplicação de informações tendo a criança como ferramenta para o alcance desse movimento.

Acho que isso é o mais importante do PSE, né, porque a criança pequenininha de CMEI, de prézinho, presta atenção nessa... geralmente, são coisas lúdicas que a gente usa, então, ela chega em casa e conta, né? E eu como T.O., é a faixa etária que eu mais gosto: pequenininho, por conta do que eu já trouxe, mesmo, né? De eles aprenderem e chegarem feliz em casa e contar uma novidade, né, e multiplicar isso (P4).

As ações do PSE para essa população, acabou acontecendo remotamente, então, como uma vantagem da Pandemia (sempre tem vantagens e desvantagens em tudo) a gente poderia fazer um vídeo lá é bem feito com o pessoal de diversos setores e passar para todos os CMEI e para as escolas municipais de passar para todos: professores, alunos, pais de alunos, porque todos viam. Aproveitava, também, não vai para quem vai, para o pai vai, para a mãe vai, para o tio... Então, a gente fez um trabalho para que eles assistissem também pelo Youtube (P1).

E a AME tem uma forma fantástica de trabalhar (P1). - Por um período, disponibilizou pela TV, duas vezes ao dia, por causa dos horários de trabalho; do Google Clasroom, que nós utilizamos (P5). - Com professor de libras, gravado tudo no estúdio (P7). - Então, a gente podia tá colaborando dessa forma... (sic passim) (P1).

A gente tem certeza [...] por causa do agente comunitário de endemias - um dia de visita - a criança faz uma hora de comentário dentro da casa depois que ela aprende, e a gente pega, dos pais, depoimentos que realmente elas cobram e tem que ser feito mesmo (P1).

Então, acho que essas ações, do PSE, na primeira infância, é importante porque realmente é promoção de saúde e, óbvio que vão trazer outras questões, né? A gente fala de sexualidade, né, acaba trazer as coisas mais pesadas que a gente nem espera, mas, eles trazem, né? Mas, são mais pontuais. No restante, é realmente promoção de saúde (P4).

Contudo, os programas e ações de saúde na escola ainda apresentam um caminho a avançar rumo a uma perspectiva mais integrada e inovadora da promoção da saúde na escola. Enquanto não se estabelecer diretrizes comuns nas ações que interligam os encontros multissetoriais e os diversos olhares e serviços não se cruzarem, a visão vai continuar fragmentada, resultando em atendimentos segmentados

em vez de se ter uma atenção integrada. Saúde, Educação em diferentes níveis, Comunidade – PSE (CAVALCANTI, 2021). Inclusive, inserindo nessa construção, outros setores, atores, família, além de investir progressivamente em uma agenda compartilhada e nos demais pilares do PSE.

Essa abordagem possível constitui um importante ponto de entrada para colaborações multissetoriais que apoiam famílias e chegam a crianças muito pequenas. É preciso estar atento aos diversos aspectos da vida e da cultura da criança e de sua família e estar articulado com os setores e programas que atendem essas crianças. Somente assim, os serviços de proteção social, saúde, educação e cultura, por exemplo, poderão agir de forma efetiva garantindo a atenção integrada, esforço que requer uma atuação coordenada, eficiente e qualificada. Sabe-se que para fazer um trabalho intersetorial, integrando políticas e serviços públicos com os fazeres e saberes da sociedade, a melhor prática é pensar, desenvolver e implementar políticas em conjunto, sempre com um objetivo comum (MIELKE, 2010).

Sem dúvida, uma demonstração dessa parceria pode ser verificada em construções intersetoriais que foram anunciadas como ações de promoção na saúde na primeira infância:

[...] dentro das escolas tem o projeto das hortas porque, os vetores nossos, que levam informação para casa, é muito interessante, porque a maioria das famílias tem horta em casa (P5). - A gente tem projeto adubo: horta orgânica aproveita o adubo da cozinha, tem compostagem (P6). - Eles têm uma composteira na escola. Então, eles aprendem. Eles têm a composteira plástica, física, mas, eles aprendem a fazer a compostagem só no terreno (P5).

Ah, vocês podiam ensinar isso lá para nossa horta, então (P2). Hoje, eu falei com a Psicóloga, que foi lá esquentar almoço, e a gente estava conversando sobre a composteira (P6).

Esses projetos descritos pelo grupo focal são, na verdade, muito mais abrangentes. As duas iniciativas, ambas com propósito de promover saúde, utilizaram-se da construção de uma horta nos espaços do CMEI e da UBS para beneficiar a comunidade e fazê-la prosperar.

Aqui, detalhar-se-á apenas a ação do CMEI que se inicia com o Projeto Municipal de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Para reforçar a merenda escolar, adquirem seus produtos de agricultores familiares, incluindo hortaliças, frutas, doces e pães. Encorparando essas estratégias, em 2014 criou-se o projeto “Sementes do Futuro” que, através de temas como o consumo consciente de água, a separação correta do lixo, o cultivo de jardins e hortas domiciliares e reflorestamento, incorporados aos Centros Municipais de Educação Infantil, levam para as crianças o aprendizado, desde cedo, de que precisam ter hábitos sustentáveis se quiserem garantir a disponibilidade de recursos naturais no futuro.

Por isso, para diminuir a quantidade do lixo produzido no ambiente escolar, aproveitando as sobras e descartes dos alimentos consumidos pelos alunos durante as refeições, começou-se a produzir adubo para ser utilizado em hortas pedagógicas. A Autarquia Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente firmaram uma parceria com o objetivo de ensinar técnicas de compostagem

aos estudantes. Todas as escolas foram equipadas com recipientes apropriados para a decomposição dos resíduos orgânicos e os professores e coordenadores passaram por capacitação realizada pelo Colégio Agrícola. O projeto articulado por diferentes secretarias é uma resposta sustentável, capaz de preservar o meio ambiente, além de permitir ter uma alimentação saudável, com alimentos livres de agrotóxicos, e ainda, segundo o grupo, replicado em casa pelas famílias.

Observou-se que essa ação de Promoção da Saúde na Primeira Infância no bairro da UBS Dona Maria do Café, detentora de um território com grande área de vulnerabilidade, a partir do comprometimento de diversos setores, sistemas, programas, serviços, atores e estruturas adequadas, oportunizou o estímulo e o apoio à alimentação complementar saudável, promovendo o acesso a ambientes de vida saudáveis e cooperando no combate da fome e da insegurança alimentar. Como exaustivamente observado, um olhar integral para a criança requer romper com as tradições de fragmentação para garantir que todos esses aspectos sejam bem cuidados. Para tanto, é preciso uma multiplicidade de profissionais e de serviços, além do fortalecimento da rede comunitária e o fazer político. Certamente um ensinamento exemplar para CMEItinhas do futuro.

Essa ramificação depende, incontestavelmente, da intersetorialidade. “A maior riqueza não está visível nas ações, mas no processo de articulação de forças e empoderamento de cada sujeito, individual e coletivo” (SOUZA, 2020). Assim, a sustentabilidade das ações de promoção da saúde pode ser compreendida como “resultado de parcerias, de ações intersetoriais e formações de redes em diferentes níveis, especialmente no âmbito local, como um complexo sistema de relações que envolve sujeitos e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras” (SACARDO, 2014).

E as conexões em rede crescem de acordo com avaliações que os participantes do grupo fazem sobre a gravidade de cada situação encontrada em seu território. Algumas dessas avaliações sobre dificuldades da região foram identificadas pelos participantes.

Na tipificação dos serviços socioassistenciais prevê o grupo, né? [...] e serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, justamente nessa faixa de 0 a 6 anos e, atualmente, Apucarana não oferta, né?! Este serviço e também, né?! Pesquisei, também, para ver se alguma Instituição do Terceiro Setor, conveniada com a Prefeitura, se fazia esse tipo de serviço no momento. Eu acredito que não! Todas que eu conheço não oferta esse serviço de zero a seis anos (P3).

O que falta hoje, digamos, é o “merchã”. [...] É... o pessoal ficar sabendo porque, quem precisa do serviço sabe que tem. [...] mas, tem umas que desconhecem todo esse serviço (P5). E a gente verifica que, muitas vezes, não é nem pelo não querer... o P1, super esclarecido, acabou de dizer para nós que foi agora, depois de uma pesquisa, que ele... (P5). É, exatamente! (P1). Realmente, teve a consciência do que significa essa faixa etária para educação infantil! (P5).

A divulgação! Eu acho que é muito pouco divulgado o Conselho de Saúde da Criança e do Adolescente, no Município. Não sei se é pouco divulgado ou se, agora, por causa dessa de estar tudo mais remoto, talvez tenha ficado um pouco mais dificultoso. Igual, eu faço parte do Conselho de Saúde, então, como está remoto, a gente percebe a diminuição, mesmo, de participantes (P2).

Eu falei aqui, né, conhecimento empírico, que talvez tenha algum grupo de 0 a 6 anos numa igreja, numa instituição, e a gente não conheça, infelizmente (P3).

Mas, eu acho que falta um sistema que a gente clicasse "Estava fora da escola porque o pai morreu de covid.", uma coisa que eu pudesse verificar o que aconteceu, como, quando, eu chego no hospital, eu consigo, sem conhecer o paciente, daquela primeira olhada, ia melhorar muito para nós (P5). - Um prontuário! (P7). - O tal do Prontuário Único (P5).

No âmbito da saúde, o acesso de grupos populacionais vulneráveis tem sido um desafio ao SUS. As crianças, notadamente as na primeira infância, estão incluídas nesse grupo e, dessa forma, enfrentam os mais variados desafios para acessar a Rede de Atenção na busca por seus direitos fundamentais. O SUS tem então o compromisso de desenvolver mecanismos de acesso diferenciado às crianças, apesar de elas já estarem incluídas na agenda dos serviços de saúde. No âmbito da educação, diversos programas, leis e normativas foram propostos e articulados para garantir o acesso e a permanência das crianças na Educação. Igualmente, a Assistência Social oferece, em todos os CRAS, através do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), trabalho social com famílias, de serviço continuado, com a finalidade de apoiar e fortalecer os vínculos familiares e comunitários por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo das famílias. Tudo isso, tendo como objetivo apoiar as famílias, prevenindo a ruptura de laços, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2004a). No entanto, percebeu-se que essas diretivas ainda não estão concretizadas na realidade municipal.

Outro ponto mencionado pelos atores como dificuldade, foi a ausência de um sistema integrado de comunicação, inclusive uma ação prevista já na PNPS (Brasil, 2018b) “promover meios para a inclusão e a qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação”. Entretanto notou-se que a “Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania”, Brasil (2020), instrumento de registro de dados, já disponível, que foi pensada com o fim de integralidade e comunicação intersetorial não foi mencionada pelos participantes em nenhum momento desse estudo, como se pôde observar nessa solicitação por um dispositivo compartilhado de registro:

Tipo... o número do Cartão SUS, que você digita lá e aparece, porque tem muitos pais que escondem determinadas coisas da gente na escola; que, depois, a gente demora descobrir que a criança é soro positivo; que a criança já fez outro tipo de tratamento, entendeu? Então, até você descobrir isso... Eu tenho uma criança, lá na escola, que ela é soro positivo, mas, o pai não conta, aí, você não consegue trabalhar a questão da equidade (P6). - E até mesmo para outras coisas muito mais específicas, né? (P4).

Um passo determinante, para superar esses desafios e operacionalizar essas diretrizes é o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social (Brasil, 2018b). E em âmbito local, sugere-se que esse planejamento esteja arrolado no Plano Plurianual do Município estimulando a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social.

Objetivo este manifestado, logo a seguir, pelos atores sociais que desejam promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde e o desenvolvimento integral da criança desde a primeira infância.

Então, a gente procura dar todo tipo de atenção para manter a estabilidade emocional dela primeiro, para que, depois, ela aprenda (P6).

Então, a gente tá ali, frente a essas crianças para tentar manter essa estabilidade emocional, para que essas crianças desenvolvam; essas crianças aprendam. Então... assim... a gente corre atrás, realmente, para poder estabilizar essas crianças; para que eles tenham... assim... acesso a tudo que é de direito que é de desenvolvimento (P6).

E, a gente que trabalha com criança, a gente é bem isso que foi falado: a gente fica pensando naquela criança; a gente fica... tipo... não que a gente não se preocupe com o pai, a mãe, mas... assim... a criança, a gente sabe a importância de uma alimentação saudável e tudo mais... (sic passim) (P4).

Então, eu acredito que é o momento para a gente pensar ações, também, na Assistência Social, voltadas para esse público especificamente (P3).

O início de vida conturbado, cheio de obstáculos e necessidades, com desamparos importantes, desenvolvimento deficiente devido à pobreza, desnutrição, atraso no crescimento, dificuldade de aprendizagem, tudo isso pode levar a criança a uma vida adulta de tensões sociais que perdurem por mais do que uma geração e até mesmo, alterar o desenvolvimento de um país em razão das mazelas das desigualdades que, uma vez arraigadas, tornam-se problemas de intrincada solução (ABUCHAIM, 2016).

Nesse ponto, ações intersetoriais tornam-se imperiosas para acudir a saúde e o bem-estar das mães, dos pais e da família e, por extensão, incorporarem os cuidados ao desenvolvimento da criança e, uma vez que a Constituição Federal entende a saúde, juntamente com a proteção à maternidade e à infância, como um direito social, os Serviços de Saúde devem dar prioridade absoluta à criança, garantindo o seu acesso à integralidade do cuidado, à equidade em saúde e à humanização da atenção (RNPI,2020).

Assumindo essa linha de pensamento, o grupo apresentou-se afinado em suas concepções sobre formas de intervir no contexto da promoção da saúde na primeira infância. Algumas delas apareceram em suas falas, enfatizando-se, prioritariamente, a mobilização e a sensibilização da família.

Então... assim... o quanto que é essa mãe também não tá precisando de apoio, né? Porque a gente pensar só na criança? (P2).

Quando fui convidado sobre os 0 aos 6 anos, eu trouxe até um vídeo que a gente sugere passar nas escolas, mas, não para os aluninhos: para que os pais assistam Para se efetivar mais certos pensamentos, [...] de como me alertou tenho certeza que vai alertar muitos pais (sic passim) (P1).

Isso que você falou é muito importante: de 0 a 6 anos, eles são totalmente indefesos. Se não fizer um trabalho com a mãe, com o pai, com a família, não vai atingir (P7). Então, eu acho muito válido (P2).

Então, eu penso: Se nós conseguíssemos com que os pais compreendessem que esse é o período de enraizar essa criança; que daí vai depender disso para que ela chegue na fase

criança, adolescente e adulto com base, seria mais vantajoso para nós dentro dos CMEIS. A gente verifica essa... que e para nós porque nós vamos estar velhos nessa época, nesse período... (P5). Nós veremos eles adultos! (P1).

Então, acho que a principal necessidade de promoção em saúde, igual todo mundo falou, é diante dos pais, né? É mostrar para os pais a importância desse desenvolvimento infantil; desses marcos que são necessários (P4). Ter esse poder lá no início (P8).

Segundo o PNPI (2020), o laço afetivo funciona como principal alicerce para o desenvolvimento humano, o que implica dizer que o meio ambiente deve ser considerado como potencializador e facilitador da vida, do desenvolvimento e da constituição de um sujeito. E, reconhecer a importância desse vínculo permite aos profissionais trabalhar nas áreas da Saúde, da Educação Infantil, na proteção de situações de vulnerabilidades e de outras questões pertinentes, com o estabelecimento de uma base sólida para a saúde física e psíquica da criança.

Cientes da importância de incluir a família/comunidade no debate sobre promoção da saúde na primeira infância, mas também, dos obstáculos inerentes a essa intervenção, o grupo focal colocou-se como confiante em projetos a serem construídos a muitas mãos: com a participação popular em espaços democráticos, compartilhados, de planejamento e tomada de decisão; na garantia do acesso; no fortalecimento dos Conselhos; na defesa do SUS, e no impacto positivo de todos esses propósitos.

[...] mas, eu sinto falta de ter estruturação do Conselho local, mesmo; deles fazerem esse papel de Conselho, mesmo, porque o SUS é prá ter participação popular, senão, não é SUS (P2). Deveria ser, tanto que existe Conselho local de Saúde e sabe que não funciona (P4).

Quando eu ouço você falando, P2 eu vejo que você tem paixão por isso, mas, o que acontece, geralmente, nesses Conselhos e na maioria dos Conselhos, acho que isso. É um ponto que prejudica, bastante, a participação da comunidade. Também, é que não é uma escolha. Às vezes, a pessoa é indicada para participar e isso você não consegue levar todas as informações. Aí, quando é democrático, eu acho que funciona bem; aí, quando é indicação, não vai. (sic passim) (P7).

Nas escolas, tem o PPP, que é feito, democraticamente, com as famílias, Diretores e Coordenadores. Anualmente, elas traçam as ações que vão ter como estratégias já, aquele previsto (P5). É, o que deu certo; o que não deu; o que a gente...; se vai trazer coisa nova; se vai mudar. Então, é feito essas ações, mesmo (P6). Nós, também, temos a APMF e o Conselho Escolar, então, a gente consegue inserir a comunidade. A APMF tem a palavra final (P5).

A gente faz essa ponte entre Diretor, família, criança, CAME, quando necessário (P5). A gente colabora com esses Diretores para que a gente consiga dar um conforto educacional prá essas crianças, né?; um suporte familiar (P5).

A nossa população, por mais que eu esteja ali há pouco tempo, eles são bem participativo (P8). Hoje, nós não estamos com o Conselho local estruturado, mas, eles vêm; eles dão sugestões e por eu ser do Conselho, eu já consigo levar isso mais facilmente para dentro do Conselho.

E eu acho, também, que o fato da UBS ficar aberta até mais tarde, facilita o contato com as famílias! (P4). De termos os Residentes, também faz toda diferença, eu acho (P2).

Então, é aquela história: - Eu sei, mas, estava guardado... Não vou dizer que eu não saiba, já ouvi lá não sei aonde, mas agora, ele me remeteu a uma positividade (P1).

Enfim, o grupo demonstrou não ignorar os desafios, demandas, desejos, necessidades e potencialidades identificadas e trouxe, até aqui, reflexões sobre a importância de planejar e implementar políticas de atenção à primeira infância de forma intersetorial para promover o desenvolvimento infantil integral, o brincar, a garantia de direitos, e a qualidade de vida de todas as crianças. Ato contínuo, os atores sociais consideraram o investimento na primeira infância como primordial para a garantia de um futuro melhor e procuraram destacar esses argumentos:

Ah, é! (risos). Eu pulei o Pré ... Então, a gente se equivoca muito e eu sou bem flexível para admitir erros e realmente, hoje, eu vejo que tudo começa pelo CMEI, até depois do estudo que eu fiz. [...] São ações... assim... que fazem toda diferença na vida do ser humano, sabe? A gente acaba tendo uma economia nos cofres públicos se a gente aplicar esta ação desde o CMEI... [...] porque o desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos, ele tem basicamente um supercérebro, que lá ele vai aprender tudo (P1).

Eu percebo, também, nessas minhas vivências, a diferença das crianças que são estimuladas e as que não são tanto. Então, eu percebi... assim... bastante, eu percebo, também, que isso influencia muito, lá na frente, essa criança que foi estimulada até a esse contato, né, e a criança que não tem, eu acredito que, quando chega na educação - não que fica um pouco atrás – mas, a criança que teve o contato vai ter um pouco mais de êxito, né? (sic passim) (P8).

Então, essa é a principal Promoção de Saúde das crianças. É isso, porque ela aprende brincando. Por isso que o brincar é a ocupação mais importante da criança, né?! (P4).

Ensejar intervenções precoces de promoção da saúde, proteção e apoio ao desenvolvimento da criança, oferecendo cuidados para ela e para a sua família, serviços de creches, educação e outras ações interdependentes e relativas ao seu crescimento individual e social, são custos que, indubitavelmente resultarão em benefícios imediatos e a médio e longo prazo, o que diminuiria drasticamente as despesas dos cofres públicos, além de implementar novas perspectivas para o futuro da criança e do país.

O peso e o custo dessa inação são extremamente elevados:

O peso e o custo da inação são elevados. É alarmante a percentagem de 43% de crianças menores de cinco anos (cerca de 250 milhões) que vivem em países de baixos e médios rendimentos e que correm o risco de um desenvolvimento deficiente, devido à pobreza e ao atraso no crescimento. O ônus está atualmente sendo subestimado porque os riscos para a saúde e o bem-estar vão muito além desses dois fatores. Um mau começo na vida pode levar a problemas de saúde, nutrição e aprendizagem inadequada, resultando em baixos salários na vida adulta, bem como em tensões sociais. As consequências negativas têm impacto não apenas na atual, mas também nas futuras gerações. Devido a esse mau início, os indivíduos afetados poderão sofrer uma perda de, aproximadamente, um quarto do rendimento médio anual na idade adulta, enquanto os países podem perder até duas vezes a sua despesa atual do PIB com a saúde e a educação (ABUCHAIM, 2016, p.2).

Para a concretização desse ideal, faz-se imprescindível a elaboração de projetos coletivos e compartilhados entre os diferentes serviços envolvidos e a comunidade, favorecendo espaços protegidos de diálogo em rede entre todos os níveis de atenção. Foi com esse cuidado que a pesquisadora se debruçou na análise das últimas ações intersetoriais narradas nesta pesquisa, protagonizadas pelo CMEI durante a Pandemia Covid-19 e que se propuseram a intervir sobre os Determinantes Sociais de Saúde, tendo por objetivo finalístico, porém, não inerte, o de Promoção de Saúde na Primeira Infância.

Exatamente! Nós conseguimos pensar, dentro do CMEI, saúde, alimentação e também, a área pedagógica (P5).

Nós conseguimos manter todo esse vínculo com o Posto, que sempre nos auxiliam. Com a graça de Deus, todas as Diretoras... nós nunca tivemos um retorno: - "Olha, não conseguiu nos atender!" Chegou a criança, era atendida (P5).

Lá dentro do CMEI, neste período pandêmico, porém foi pontual, aconteceu a entrega das cestas [referindo-se as cestas básicas de alimentos e produtos hortifrutigranjeiros] [...] dessa maneira, as Diretoras, Professoras, Coordenadoras, recebiam, separado, o pessoal que tinha contrato com o Município [referindo-se a agricultura familiar] levaram todas as caixas lá, ia lá, ajudava descarregar, separava, colocava na sacola e nomeava e ainda entregava. "Ah, não deu para buscar!", aí a criança ficava com fome, aí o que a gente fazia (P5). [...] porque era uma cesta ótima – mas que muitos não buscavam- às vezes, era só aquele pão na semana; era só aquele leite que tinha e eu ficava com aquela cesta lá. Eu ficava pensando na criança que precisava daquilo ali, então, as crianças que eu sei que moravam longe da escola, que não tinham como buscar, eu enchia o portamala do meu carro e ia, de casa em casa, depois do horário (P6).

Aqui nessa iniciativa pontual, liderada pelo CMEI, foi possível perceber toda uma base valorativa da Promoção da Saúde. A PNPS (Brasil, 2018b) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização; adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Não foram apenas entregas de cesta básica, foram articulações intra e intersetoriais que ativaram CRAS, UBS, Autarquia Municipal de Educação, Autarquia Municipal de Saúde, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Assistência Social, Gestão Municipal e Comunidade. Dessa forma, as crianças que tinham o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004b) por intermédio da escola recebiam as cestas fornecidas pelo CRAS e aquelas que não estavam cadastradas, igualmente foram incluídas no programa. Ressalta-se que a ação advogou pela garantia de direitos básicos a essas famílias como precursora da defesa da saúde e da vida. A solidariedade, o respeito e o compromisso ético das professoras asseguraram o acesso a todas as crianças, ainda se observando as questões de equidade e inclusão social.

Depreendeu-se que, para a educação, a sustentação e amparo da família são, e foram apontados como primordiais para a proteção, permanência e inclusão das crianças do território. Além do mais, com a inserção de ações pedagógicas, a educação operou com maestria sob a ótica da equidade, demonstrando-se ampla compreensão do que seja uma rede rizomática de atuação e a importância dela. Consistência observada nas ações descritas abaixo:

E como não era obrigatório para essa faixa etária a parte pedagógica, nós tivemos uma preocupação que o município ofertasse para as famílias. Então, nós conseguimos fazer - nós montamos uma rede - todas as Coordenadoras e Diretoras foram facilitadoras para nós, de nos mandar material para que a gente conseguisse confeccionar todas as sequências didáticas para todas as faixas etárias específicas: berçário, teve a demanda do Berçário Maternal 1, Maternal 2, Maternal 3, Pré I e Pré II. Então, nós fizemos um cronograma e aí nós disponibilizávamos, via plataforma WhatsApp, para criança que não

tinha nenhum tipo de acesso, via tecnologia tecnológica, nós fazíamos, escrito, conteúdo pedagógico para essas crianças. Então, nós disponibilizávamos para elas (as Diretoras), as Diretoras passavam para as Professoras, elas colocavam em suas plataformas ou WhatsApp ou impresso para o paizinho vir pegar... - "Não tem gasolina para vir pegar; não tem dinheiro!" (risos). - "A gente leva..."; - "Oi, tem a cesta e tem a tarefa!"(P5).

Como fator facilitador para promover saúde, a educação pautou-se na importância de, para além de disseminar e multiplicar informações, incluir-se atividades lúdicas nas questões pedagógicas, essenciais para o desenvolvimento infantil e estabelecimento de vínculo parental, aumentando também a integração família-saúde-escola relatadas na sequência.

Então, nós disponibilizávamos lá para o pai: - "Olha, hoje nossa sugestão é que vocês brinquem de esconde-esconde com a criança!". Tinha dentro do referencial, porque era o qual o objetivo, qual o ganho pedagógico que essa criança teria com a interação com os pais e isso, também, era disponibilizado impresso (P5).

E qual era a receptividade dessa família? (P4). Muito boa! Tivemos uma boa receptividade porque os pais...porque a pandemia ia ser uma quarentena. Então, houve um período que esse paizinho e essa mãezinha também já não tinha mais o que pensar em fazer. Você brincou um dia de casinha com a criança... como que você brinca um ano só de casinha? Nós tivemos muitos feedbacks positivos porque os pais filmavam as crianças fazendo as atividades; fotografavam; agradeciam! (P5).

Arrematando o diálogo, diante do amplo leque de ações anunciadas nesta pesquisa, apontam-se algumas impressões a respeito do assunto. Para a realização da promoção da saúde na primeira infância é fundamental saber em defesa de que Saúde se posiciona; qual lugar o sujeito ocupa na construção do seu processo saúde-doença; em que medida o protagonismo do usuário e sua concepção de mundo serão considerados para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades na hora de planejar e estruturar as intervenções.

A discussão desses elementos é essencial, pois se pode utilizar a mesma terminologia para atingir objetivos rivais capazes de alterar todo o propósito da ação. Os nomes atribuídos para aquilo que se pretende executar vão igualmente construindo a ação e a ação construindo o nome que, por diversas vezes pode apresentar significados diferentes a depender de seu interlocutor. Situação simbolizada pela frase a seguir que foi tirada de um contexto onde saúde era entendida como especialidade clínica e, quando traduzida em ação expressa exatamente o que aconteceu:

Então, esse termo da promoção da saúde, eu sou suspeita em dizer, mas, acho que nosso município ele faz. Eu penso que a fala não tinha que ser promoção: nós promovemos! (P5).

Essa indiferenciação terminológica, para a pesquisadora, pode também ser entendida como uma construção subjetiva de produção de saúde em que há uma subversão do que está posto, em um processo autônomo de construir os próprios projetos de felicidade, de potência e enriquecimento de vida. Aqui, novamente se faz presente a importância da singularidade e do lugar de fala.

Trata-se, enfim, de abrir caminhos para possibilidades de escolhas mais conscientes e saudáveis e que essas sejam as mais simples e mais facilmente alcançáveis, de modo a permitir que cada indivíduo

entenda que suas decisões estão imbuídas de significações políticas, ideológicas e subjetivas. Se o objetivo aqui é o empoderamento e a autonomia, não se pode engessar concepções que, pela própria dialética das relações podem ser transformadoras. O risco de catalogar as ações colocaria esta Dissertação no mesmo lugar prescritivo que ela pretendeu destituir e o julgamento irromperia, novamente, na reprodução e controle do agir do outro.

Por isso, para a pesquisadora, adotar-se um entendimento sobre o projeto de felicidade do sujeito conectado com a autonomia de poder subverter lógicas postas e se apropriar de conceitos que potencializem sua existência em defesa da vida, é libertário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que você quer ser quando crescer?

Os primeiros anos de vida são como a fundação de uma casa e, ao investir na primeira infância, investimos na sociedade como um todo: "Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda" (ABUCHAIM, 2016). E, imbuída dessa vontade e com bastante afinco foi que esta pesquisa, à luz da intersectorialidade, imergiu no campo da Promoção da Saúde na Primeira Infância no Território da Atenção Primária a Saúde.

Assim, através da análise do diagnóstico situacional de saúde da criança realizado a partir da somatória dos elementos colhidos em dados primários e secundários e da aplicação de um grupo focal, pensado na construção de rede local, tracejou-se um panorama sobre os principais problemas na primeira infância, com o intuito de darmos ao outro nossa escuta, de tal forma que a comunidade, ao nos confiar pedaços difíceis de suas vidas, se expresse, se situe e descubra onde deseja, de fato, chegar e possa escolher como fazê-lo. Portanto "*tendo esse poder lá no começo*" (informação verbal)⁸ de decidir ser quem quiser ser quando crescer.

Curioso observar que aqui, mesmo defendendo outro prisma para olhar a vida na busca da promoção da saúde, novamente sobrepujem os problemas. A medicalização da vida ultrapassou as esferas dos domínios clínicos e expandiu seus preceitos normativos para outras instâncias da sociedade que, ao conformar o achatamento da noção de sujeito contido na concepção biológica da infância, naturaliza a lógica biomédica negando toda estrutura subjacente que afeta as condições concretas para as práticas de Promoção da Saúde na APS.

O conjunto de ideias centrais reveladas nesta pesquisa fizeram vir à tona a visão de uma Primeira Infância fragilizada, demarcada por uma lacuna assistencial que aumenta após os dois anos e que, mesmo em seus incontestáveis avanços, ainda mostra sinais de uma sociedade vulnerável lidando, simultaneamente, com as condições agudas e crônicas de saúde somando-se às inúmeras violações de direito não só no âmbito individual, mas no âmbito dos determinantes e da determinação social.

Notou-se, por conseguinte, um padrão de concordância entre os participantes da pesquisa em relação aos problemas identificados na primeira infância como relevantes e prioritários, principalmente os relacionados ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; a eclosão de transtornos "psiquiátricos" cada vez mais cedo; as contemporâneas repercussões das tecnologias e mídias digitais nas relações humanas; as dificuldades da rede para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil, principalmente diante do modelo biomédico e da lacuna de formação, da sobrecarga e do sucateamento de trabalho; dos recursos insuficientes, e, da persistência mal sucedida de articulação com os conselhos e da participação popular, dificultando iniciativas intersectoriais.

⁸ Expressão utilizada pelo participante P1 durante o Grupo Focal.

O desejo dos participantes da pesquisa, de articulação entre setores junto à comunidade, com vistas à aproximação de solução de problemas do território que afetam a saúde, parece ter como norteador a prevenção e promoção da saúde, mas ainda aparecem atravessados estruturalmente por uma certa concepção reducionista da infância. Inclusive, questões sociais apresentadas aqui, que afetam a primeira infância desse território também não escaparam do viés medicalizante.

Ainda que o grupo focal tenha trazido em suas concepções e no leque de suas ações o propósito verdadeiramente entusiasmado para a produção do cuidado em saúde, é perceptível que a medicalização da vida, nesta pesquisa, demonstrada mais em sua natureza intrínseca do que na própria expressão das manifestações dos atores sociais -, ultrapassou as esferas dos domínios clínicos e expandiu seus preceitos normativos reguladores para outras instâncias da sociedade. Assim, essas situações medicalizantes acentuam-se cada vez mais no cotidiano, pois são naturalizadas, não percebidas em sua verdadeira natureza, escamoteando os dados objetivos da realidade, mas se fazendo presente nas conotações implícitas. Ou seja, a medicalização da vida está posta mesmo que se não a veja.

Dessa maneira, tudo o que não se conformar como norma desse processo patológico, exigirá uma outra topologia organizando a sua subjetividade sob sua própria lógica. E diante da observação desses encurtamentos discursivos e da instauração da gramática de nossos desejos, revelou-se uma sucessão de desafios a serem driblados na dinâmica dos serviços para a promoção da saúde na primeira infância.

Sabe-se que uma vida medicalizada é uma vida em que suas escolhas estão conectadas com aquilo que se tem à disposição, sendo-lhe negados mecanismos estruturantes para caminhar num sentido mais sólido de promoção da saúde. O indivíduo vai fazendo o que pode com o que tem, e é, nesse momento que a defesa da promoção da saúde coloca-se como saída. A pessoa não é o sujeito passivo que procura a cura, mas, o sujeito ativo que quer melhores condições de vida para não adoecer e exercer seu pleno potencial de vida do jeito que ele quiser existir, com o seu projeto de felicidade e assim, para todos.

Para a Psicanálise, dentre suas inúmeras vertentes, entende-se que enquanto houver "sintoma/problema" existe uma vida pulsante, e, é esse fenômeno que convoca o sujeito a escutar e atribuir sentido às diferentes manifestações da estrutura de sua subjetividade, e a *poder* ressignificá-las à luz de sua própria história. Por isso, identificar os problemas desse território no que tange à primeira infância constituiu-se fator preponderante para pensar a produção de saúde, uma vez que é a partir do reconhecimento do sujeito sobre as suas demandas que este se torna capaz de ultrapassar o discurso da queixa e avançar para o reconhecimento de suas reais necessidades.

Portanto frente a estas adversidades, não foram identificadas somente demandas. Com a pesquisa ancorando-se nas discussões sobre Promoção da Saúde na primeira Infância e na Intersetorialidade, verificou-se a existência, também, de estratégias, recursos e potências.

E, defendendo a ideia de que saúde é ausência de medo o grupo focal não se envergonhou perante os desafios e mais: diante do tácito desejo de transformação da realidade, acabaram provocados a agir e os atores, constituídos de pessoas não indiferentes à realidade sanitária da primeira infância, utilizaram-se, sem receio e sem medirem esforços, todos os recursos disponíveis para garantir o desenvolvimento infantil integral dessa população.

Vale destacar que a pesquisa explicita não somente a indiferenciação na prática dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como o quanto todo esse dinamismo, as ações dos sujeitos, os projetos existenciais, de autonomia são movidos pela pluralidade dessas concepções.

Assim como defendido na pesquisa, as ações locais têm uma potência para confrontar/lidar com diferentes concepções de mundo, de necessidades humanas em direção à uma ampliação da autonomia, que contempla ao mesmo tempo ações intersetoriais, relações humanas de apoio, relações profissionais e institucionais, e que, através disso, podem valorizar o espaço vívido, dar visibilidade às relações de poder, em particular às do poder simbólico, que caracteriza o pertencimento das pessoas a um determinado local.

Dessa maneira, a pesquisa evidenciou diversas estratégias, iniciativas, práticas e ações locais nas quais foi possível perceber, em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, demonstradas por esforços incansáveis, coletivos e individuais, de ações intrassetoriais, que vão desde uma sequência de encaminhamentos médicos, avaliações, ações clínico-assistenciais, vacinas, até as ações lúdicas na puericultura, projetos de construção de hortas e compostagem na Educação, na Saúde, e a proposição de grupos familiares intergeracionais na Saúde e na Assistência Social.

Aqui, a pesquisa destaca positivamente as iniciativas grupais que consideraram a intergeracionalidade criando espaços físicos e psíquicos de brincar e de produção de vida, além dos mecanismos utilizados para o favorecimento de famílias e comunidades na construção de hortas sustentáveis, garantindo acesso a direitos básicos como exemplo da alimentação.

Já a despeito de ações intersetoriais apresentaram-se as palestras, campanhas, o PSE, o projeto “Quebrando o Silêncio” e as ações desenvolvidas pelo CMEI durante a Pandemia Covid-19, que adquiriram novos sentidos e significados quando buscou-se superar o modelo assistencial preponderante e inclinou-se a operar sob a lógica da intersetorialidade, da clínica ampliada, do cuidado centrado na pessoa e do protagonismo da comunidade.

Enaltece-se neste espaço o conjunto de estratégias governadas pela Educação que, a partir das necessidades do território, propuseram em sua construção, uma articulação intersetorial associando Saúde, Assistência Social, Gestão Municipal e à Comunidade. Em que através da parceria com a agricultura familiar e aquisição de produtos orgânicos custeados pelo Município considera questões de acesso,

acessibilidade, inclusão social, equidade, solidariedade, humanização, sustentabilidade e ética, agregando quase em sua totalidade toda base valorativa da Promoção da Saúde.

As estratégias ratificam a importância do estabelecimento de redes locais de cogestão e a potência da Promoção da Saúde na Primeira Infância no enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde, entretanto, os recursos que lhe foram oferecidos ainda são ínfimos e insuficientes diante da realidade que se impõe. Elaborar e colocar em prática projetos intersetoriais para o desenvolvimento integral da criança, incluindo seu amplo desenvolvimento cognitivo, ambiental, físico, social e emocional; resgatar processos de trabalho que permitam o estabelecimento de sólidos vínculos terapêuticos e de pertencimento; ampliar as ações de promoção de saúde articuladas com a área da Educação, incluindo a dimensão dos DSS, da promoção da parentalidade e o acompanhamento do desenvolvimento infantil nas ações do PSE além de fortalecer os espaços de articulação entre Estado, sociedade civil, organismos governamentais e organizações não governamentais requer mais que protocolos e políticas ideais. Exige comprometimento e, principalmente, recursos.

A Saúde precisa ocupar espaços já constituídos seja na escola, nos conselhos, nas associações de bairro e subverter a lógica de que são pensados para alertar a sociedade, que aquilo que se pede não é aquilo que se deseja e que, para cumprir o que tem como proposta de Promoção da Saúde precisa-se de recursos. Para isso sugere-se fortalecer a lógica da promoção da saúde, tecendo redes locais, para o desenvolvimento integral na primeira infância, e a construção de um modelo exequível (programático, financeiro e de avaliação) factível.

Diante do exposto, acredita-se que as diretrizes até então preconizadas pela gestão pública em saúde, devam ser colocadas em prática, permitindo aos profissionais, a operacionalização das demandas existentes. A estrutura social e as ações locais são o cerne para a realização daquilo que se acredita para um futuro melhor para crianças e, conseqüentemente para a sociedade, mas pouco se consegue sozinho. Por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços.

As ações descritas são alternativas extremamente coerentes, resolutivas e de fácil aplicação, porém, ainda se faz necessário entender que, para a consolidação da promoção da saúde, ela necessita ser negociada e incluída na rotina e na agenda comum dos profissionais, permitindo construção de saberes mais dialógicos e contextualizados.

Não foram incluídos no convite GF representantes do Esporte e da Cultura, e, como o Conselho Local de Saúde estava suspenso devido à realidade sanitária do Coronavírus, optou-se por não inserir um representante da comunidade, o que pode ser percebido como uma das limitações desta pesquisa. Outras limitações do estudo estão associadas ao fato de a pesquisa ser pontual, realizada em coleta única e durante uma Pandemia, além de estar apoiada sob a perspectiva dos Coordenadores(as) para eleição do Território. Assim, recomenda-se que, futuramente se realizem projetos aplicativos, projetos de

intervenção, pesquisa-ação e oficinas para ultrapassar diagnósticos e pautar discussões *in loco* no Território e nos espaços escolares, incluindo comunidade, outros serviços, setores e movimentos sociais.

De tal modo, sugere-se que, para consolidar o desejo expresso de ofertar a integralidade da atenção e contribuir para o fortalecimento das Políticas Públicas, aposte-se em estratégias capazes de combater e superar a desarticulação presente entre as esferas políticas, de planejamento e de gestão, investindo no planejamento ascendente e compartilhado, além de traduzir essas dimensões intangíveis para ações concretas. Tecer redes locais é um dos caminhos possíveis.

Propõe-se, por fim, que a reflexão sobre a Promoção da Saúde, enquanto alternativa antagônica à Medicalização da Vida seja parte inerente das discussões sobre processo saúde-doença e na produção do cuidado na infância. Isso, de forma a investir na clínica ampliada como catalisadora de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades do território, estabelecendo-se redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando-se um processo de cultura da paz, de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais, auxiliando ainda, no fortalecimento da integralidade do cuidado à medida em que se trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde. São ações pensadas pela, para e com a comunidade para desenvolver e promover no “micro” e no “macro” Saúde no Território, em especial na Primeira Infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAIM, Beatriz de Oliveira et al. Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II. **Comitê Científico do Núcleo Pela Infância. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal**, 2016.
- AYRES, J. R. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, 28(4), 311-319. 1994.
- AYRES, J. R. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009.
- APUCARANA. Prefeitura Municipal de. Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. **Programação Anual da Saúde - PAS**. Apucarana, 2019. 34 p.
- APUCARANA, Prefeitura Municipal de. Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. p. 1–86, 2021.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 1000-1007, 2014.
- ARAÚJO, Láina Jennifer Carvalho; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 21-44, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Título original: L`analyse de contenu.
- BARROS, R. et al. **Determinantes do desenvolvimento na primeira infância**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.
- BAUTHENEY, Katia Cristina Silva Forli. **Pedagogia e psiquiatria: um estudo sobre relações entre campos**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. 179 p.
- BIRMAN, J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 40, n. 72, p. 47-62. 2007.
- BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BONILHA, Luís RCM; RIVORÊDO, Carlos RSF. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, v. 81, p. 7-13, 2005.
- BORBA, Mirela. **Um brincar com a tecnologia digital na primeira infância?: reflexões sobre o uso das telas e o processo de integração infantil**. Dialética, 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990a; 16 jul.; ret. 27 set.
- BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990b; 22 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- BRASIL. Decreto nº 5.085 de 19 de maio de 2004. Define as ações continuadas de Assistência Social. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2004a; 20 mai.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004b. Cria o Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2004b; 12 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. p. 108-137.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2007; 6 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2011a; 29 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2011c; 24 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 76 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola**: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2013a; 13 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 118 p. (Cadernos de Atenção Básica, n° 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.446/GM de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2014c; 11 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança – menina. Passaporte da cidadania**. 1. ed. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança – menino. Passaporte da cidadania**. 1. ed. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2015c; 5 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015f. 186 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL, S. E. I. DA I. (ORGS). A intersetorialidade nas políticas públicas para a primeira infância. p. 58, 2015g.

BRASIL. Lei n° 13.257 de 8 de março de 2016. Institui o Marco Legal pela Primeira Infância. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2016; 9 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2017a; 22 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. 11. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 96 p.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Secretaria de Direitos Humanos. Lei n° 13.431 de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente

vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**: Brasília, 2017c; 5 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2018c; 16 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**: passaporte para cidadania. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta da Criança**: menina: passaporte para a cidadania. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde**: aproximações ao Tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 60 p.

BRITTO, Pia R. et al. Nurturing care: promoting early childhood development. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2017.

BRUMATTI, Gabriela. 1º de maio: o que as formigas têm a ensinar quando o assunto é trabalho? Campinas e Região: **Terra da Gente**, 2019.

BUSS, P. M. et al. Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e sociedade**, v. 11, p. 105-115, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. Gestão autônoma da medicação—Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP, 2014.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALCANTI, Olga Maria da Silva Bezerra; DE PAIVA NETO, Francisco Timbó; RECH, Cassiano Ricardo. Programa saúde na escola, promoção da saúde e contribuições da educação física: uma revisão integrativa. *Pensar a Prática*, v. 24, 2021. [21:36, 26/11/2021] Mimi: PSE

CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.** Portugal, Organização Mundial da Saúde.

CECÍLIO, LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, p. 65-112, 2001.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 4, 2001.

CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as ideias de Geoffrey Rose. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica.** 2016.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, **Ottawa.** Carta de Ottawa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders.** 1. ed. Baltimore, Maryland, Estados Unidos: JHU Press, 2007. 224 p.

COSTA, T. **Psicanálise com crianças.** 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CRIANÇA a Alma do Negócio. Direção: Estela Renner. Brasil: Maria Farinha Filmes, 2010. 10 min. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=WPxiqbmGz-c>>. Acesso em 2 outubro 2021.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA D., FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

DE AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso. **Psicanálise com crianças na contemporaneidade: família, sintoma e medicalização.** Appris, 2021.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, Oboré, 1987, 168 p.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** v. 2, p. 49-106, 2004.

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.** 2. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

DIDONET, Vital. **Plano nacional pela primeira infância.** Brasília: Rede Nacional pela Primeira Infância, 2010.

DO CARMO ALVES, Fúlvia Cristina et al. A ética do psicólogo frente ao fenômeno da medicalização: um estudo bibliográfico. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos,** v. 3, n. 1, 2018.

- DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.
- FERREIRA, Giuliana Sorbara. **TDAH: uma doença que se pega na escola. Um estudo sobre a medicalização da infância como demanda sociocultural.** 2016. Tese (Doutorado em Educação Escolar) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. p. 91.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 2014. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- Figueiredo, L. C. **As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
- FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
- FREUD, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 21, Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da infância e adolescência no Brasil.** 1. ed. São Paulo: RWC Gráfica, 2021.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução: Mathias Lambert, v. 4, 1988.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
- GRUPO DE TRABALHO EDUCAÇÃO E SAÚDE DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde.** 1. ed. rev. São Paulo, 2015.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados gerais do Município de Apucarana.** IBGE, 2020.
- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde.** Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 6, 1975.
- IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Município de Apucarana.** IPARDES, 2020. (Caderno Estatístico).
- LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio.** Tradução de Ernani Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, 1983. 320 p.
- LIMA, R.C. Somos todos desatentos. O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- LOCH, Mathias Roberto et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.
- LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG, 1985. 124 p.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2020.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. São Paulo: Saúde Pública, 27(65), 316-323, 2003.

MERHY, Emerson Elias et al. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

MIELKE, Fernanda Barreto, et al. **A inclusão da família na atenção psicossocial**: uma reflexão. Rev. Eletr. Enf. 2010.

MINAYO, M. C. S. Técnicas em pesquisa. *In*: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, cap. 10, p. 261 -297. 2010.

MITJAVILA, Myriam. **A medicalização do espaço social**: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX. 1. ed. São Paulo: LiberArs, 2022.

MOTTA, CARLOS EDUARDO DE SOUZA. Indústria cultural e o sistema apostilado: a lógica do capitalismo. **Cadernos Cedes**, v. 21, p. 82-89, 2001.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 95-120. 2010

ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1990.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento Humano. 12. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARANA. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do Município de Apucarana – Curitiba, 2020a.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023. 2020b. 210 p.

PARANÁ. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho. **Pacto Infância Segura**. 2020c. 64 p.

PARANÁ. Decreto nº 8.771, de 21 de setembro de 2021. Promove alterações no Decreto nº 8.705, de 14 de setembro de 2021, que estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19. **Diário Oficial do Estado**: Curitiba, 2021; 21 set.

PENSSAN, REDE. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. **VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Brasil: 2021.

RASELLA, D. et al. **Morbidade e mortalidade infantil associadas a respostas políticas alternativas à crise econômica no Brasil: um estudo de micro-simulação nacional**. PLoS Med, v. 15, p. e1002570, 2018.

RICHTER, Linda M. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The lancet**, v. 389, n. 10064, p. 103-118, 2017.

RNPI – REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília, 2010.

RNPI – REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA; CECIP – CENTRO DE CRIAÇÃO DE IMAGEM POPULAR. **Guia para elaboração do plano municipal pela primeira infância**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2017

RNPI – REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. rev. e atual. Brasília, 2020.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; SILVA, Bruna Coutinho. A inserção do Conselho Tutelar na prática da intersetorialidade. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 210-224, 2019.

SACARDO, Daniele Pompei et al. Promoção da saúde na metrópole com foco na intersetorialidade e sustentabilidade. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 125-143, 2014.

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

SILVEIRA, Andrea Fernanda et al. **Caderno de psicologia e políticas públicas**. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.

SOUZA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma Biomédico X Psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Trends in Psychology**, v.26, n.2, p.883-895, 2018.

SOUZA, Perci Coelho de et al. Enfrentando o COVID-19 e suas relações socioambientais: empoderamento de Redes Locais para acesso à água como direito nas ARIS do DF (Vida & Água para ARIS). 2020.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 179 p.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 79-91, 2000.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 347-362, 2006.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Bases sólidas: educação e cuidados na primeira infância**. Relatório de monitoramento global de educação para todos – EPT, 2007. Brasília, 2007.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. São Paulo: UNICEF, 2019.

WHITAKER, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. *In*: WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WINNICOTT, D. W. (1971) **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1965). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

WINNICOTT, D. W. (1958) **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2021: Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all**. Food & Agriculture Org., 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Camila Siguinolfi de Moura, brasileira, solteira, Psicóloga, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 058.650.959-35, abaixo firmo, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM APUCARANA – PARANÁ", a que tiver acesso nas dependências da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

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

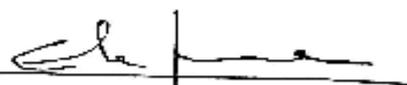
Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

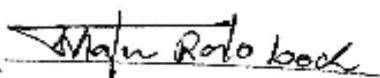
Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

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

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

Local, 03/02/2021

Ass. 
Camila Siguinolfi de Moura

Ass. 
Mathias Mathias Roberto Loch

APÊNDICE B**Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR****Prezado Enfermeiro(a)!**

Somos Pesquisadores do Programa de Pós Graduação, Stricto Sensu, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, em parceria com a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Queremos convidá-lo(a) a participar da Pesquisa “Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR”. Nosso objetivo é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária à Saúde do Município de Apucarana - PR. Sua participação é importante! Você será apresentado(a) ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), onde, os aspectos éticos relacionados a essa Pesquisa, serão descritos. O questionário é rápido e objetivo, podendo ser feito pelo celular mesmo!

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Prezado(a) Senhor(a): Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da Pesquisa “Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana- PR”, CAAE:42168821.8.0000.5231, que faz parte do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, da Mestranda Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch. O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária à Saúde no Município de Apucarana - PR. Você poderá contribuir com o primeiro momento da pesquisa, onde, Enfermeiros, que atuam na Atenção Básica à Saúde, deverão responder um questionário online, utilizando o recurso google forms, contendo perguntas objetivas e perguntas de resposta aberta sobre as características do seu trabalho, bem como, sobre suas percepções e impressões a respeito da realidade do Território em relação à Primeira Infância. Também inclui, diante da incerteza da realidade sanitária atual, a possibilidade de coleta remota. Este Estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os profissionais serão previamente convidados a colaborar com o Estudo e, em aceitando, assinarão o TCLE. Trata-se de uma pesquisa voluntária. Esclarecemos ainda que, os participantes não pagarão e nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da Pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes, especificamente, de sua participação. Os participantes da Pesquisa poderão desistir a qualquer momento, ou, recusar-se em prosseguir, sem que disso decorram quaisquer prejuízos. Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e

confidencialidade. É válido pontuar que, a identidade dos participantes ficará preservada, substituindo a identificação por códigos ou nomes fictícios, assegurando-se a confidencialidade dos dados e resguardando-se o anonimato. Os benefícios decorrentes de sua participação será a importante contribuição para a discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da Saúde no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público. A participação no presente Estudo poderá causar riscos para os envolvidos, tais como a mobilização de sentimentos e conteúdos inoportunos evocados pela temática. Destaca-se que, no manejo da Pesquisa, todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos e, caso os participantes sintam-se constrangidos em realizar alguma de suas etapas, terão liberdade para abandonar o Estudo sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Além disso, quando houver a identificação de riscos e desconfortos decorrentes da participação na Pesquisa, os participantes afetados serão acolhidos e orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso. Após o fechamento do trabalho, a Pesquisadora compromete-se em realizar uma devolutiva sobre os resultados obtidos. Caso o(a) Senhor(a) tenha dúvidas, ou, necessite de maiores esclarecimentos, poderá contatar: Camila Siguinolfi de Moura, Rua Diva Nadir 292, Apucarana – PR, fone (43) 3033-5292; pelo email camilasiguinolfi@gmail.com, ou, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone(43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. *

Eu enfermeiro (a) da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana declaro que tendo sido,devidamente esclarecido sobre os procedimentos da Pesquisa, concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa descrita acima.

DADOS PESSOAIS

1. Nome e Sobrenome *

2. E-mail *

3. Qual o seu gênero? *

Marcar apenas uma opção.

Feminino

MasculinoOutro

Prefiro não informar

Outro: _____

4. Qual sua idade? *

5. Você é coordenador (a) de qual Unidade Básica de Saúde (UBS)? *

6. Qual sua carga horária semanal? *

7. Qual seu vínculo empregatício? *

Marcar apenas uma opção.

Estatutário

Comissionado

Outro

8. Há quanto tempo você trabalha na Autarquia Municipal de Saúde? *

9. E há quanto tempo você atua nesta Unidade Básica de Saúde? *

10. Você tem especialização? *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

11. Se tem especialização em que área?

SOBRE O TERRITÓRIO E A ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE

12. Assinale quais equipamentos sociais existem no seu Território: *

Marque todas que se aplicam.

CRAS

CREAS

Igreja

Caps i

ONG

Cmei

Conselho Local de Saúde Conselho

Tutelar

Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente Escola

Municipal

Movimentos Sociais

13. Sua UBS recebe residentes do Programa de Residência em Saúde da Família/Atenção Básica da AMS? *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

14. Sua UBS tem equipe NASF-AB? Se sim, é formada por quais profissionais? *

15. Sua UBS tem médico pediatra? *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

16. As crianças na primeira infância (0 a 6 anos) do seu território foram estratificadas? *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

17. Quais as principais demandas deste grupo (crianças de 0 a 6 anos) no território que você coordena? (Cite de 3 a 5) *

18. No seu território costumam acontecer ações de saúde com crianças na primeira infância (0 a 6 anos?) *

Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

19. Se sim, de que maneira acontecem as ações destinadas às crianças na primeira infância (0 a 6 anos) no território? *

Marcar apenas uma opção por linha.

	Muito Frequente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente Acontece	Não Acontece
Ações desenvolvidas por categoria profissional na UBS	<input type="radio"/>				
Ações desenvolvidas com a equipe multiprofissional da UBS	<input type="radio"/>				
Ações desenvolvidas intrasetorialmente (apenas setor saúde)	<input type="radio"/>				
Ações desenvolvidas intersetorialmente (outros setores assistência, educação esporte, etc)	<input type="radio"/>				

20. A UBS que você coordena (antes da Pandemia) desenvolvia e/ou participava de alguma ação em saúde INTRA ou INTER setorial voltada à crianças de 0 a 6 anos? Quais? *

21. Atualmente a UBS que você coordena desenvolve e/ou participa de alguma ação INTRA ou INTER setorial que fomenta ações em saúde voltada à crianças de 0 a 6 anos? Quais? *

22. Além das ações INTRA e INTER setoriais que eventualmente a UBS participava ou participa, você conhece outras ações desta natureza que fomenta (atualmente) ou fomentava (antes da pandemia de COVID-19) voltada à crianças de 0 a 6 anos? Quais? *

23. Dos 2 aos 6 anos de idade as crianças do seu território são acompanhadas para além das consultas médicas? Se sim, de que forma? *

RELAÇÕES E EXPECTATIVAS DOS SERVIDORES COM O TEMA SAÚDE DA CRIANÇA

24. Em relação a realidade demográfica, epidemiológica e social do seu território você diria que a promoção da saúde da criança na primeira infância (0a 6 anos) é? *

Marcar apenas uma opção

- É um tema de alta prioridade
- É um tema de média prioridade
- É um tema de baixa prioridade
- Não é prioridade

25. Em relação ao conhecimento da sua equipe sobre a promoção da saúde da criança na primeira infância (0 a 6 anos) você diria que?

Marcar apenas uma opção.

- Muito satisfatório
- Satisfatório
- Insatisfatório
- Muito insatisfatório

26. Em relação às demandas de crianças na primeira infância (0 a 6 anos) do seu território, você diria que: *

Marcar apenas uma opção.

- Seria muito importante que a UBS incorporasse outras práticas de saúde voltadas à primeira infância
- Seria importante que a UBS incorporasse outras práticas de saúde voltadas à primeira infância
- Seria pouco importante que a UBS incorporasse outras práticas de saúde voltadas à primeira infância
- Não seria importante que a UBS incorporasse outras práticas de saúde voltadas à primeira infância

27. Em relação ao interesse dos profissionais de saúde que atuam na UBS que você coordena, você diria que: *

Marcar apenas uma opção.

- Todos teriam interesse em se atualizar na temática promoção da saúde de crianças;
- A maioria teria interesse em se atualizar na temática promoção da saúde de crianças;
- Cerca de metade teria interesse em se atualizar na temática promoção da saúde de crianças;
- Poucos teriam interesse em se atualizar na temática promoção da saúde de crianças;
- Ninguém teria interesse em se atualizar na temática promoção da saúde de crianças;

28. Diante das características do seu território você tem interesse em conversar sobre promoção da saúde da criança na primeira infância (0 a 6 anos)? *

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não

29. Gostaria de adicionar alguma questão, informação, crítica, sugestão importante que não foi abordada?

Muito obrigada pela participação e disponibilidade!

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenadores (as) Enfermeiros (as)

Título da pesquisa

“Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária a Saúde em Apucarana-PR”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da Pesquisa **“Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana- PR”**, que faz parte do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós- Graduação *Stricto Sensu*, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, da Mestranda Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch. O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária à Saúde no Município de Apucarana - PR. Você poderá contribuir com o primeiro momento da pesquisa, onde, Enfermeiros, que atuam na Atenção Básica à Saúde, deverão responder um questionário *online*, utilizando o recurso *google forms*, contendo perguntas objetivas e perguntas de resposta aberta sobre as características do seu trabalho, bem como, sobre suas percepções e impressões a respeito da realidade do Território em relação à Primeira Infância. Também inclui, diante da incerteza da realidade sanitária atual, a possibilidade de coleta remota. Este Estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos CAAE: 42168821.8.0000.5231, Os profissionais serão previamente convidados a colaborarem com o Estudo e, em aceitando, assinarão o TCLE. Trata-se de uma pesquisa voluntária. Esclarecemos ainda que, os participantes não pagarão e nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da Pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes, especificamente, de sua participação. Os participantes da Pesquisa poderão desistir a qualquer momento, ou, recusar-se em prosseguir, sem que disso decorram quaisquer prejuízos. Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. É válido pontuar que, a identidade dos participantes ficará preservada, substituindo a identificação por códigos ou nomes

fictícios, assegurando-se a confidencialidade dos dados e resguardando-se o anonimato. Os benefícios decorrentes de sua participação será a importante contribuição para a discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da Saúde no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público. A participação no presente Estudo poderá causar riscos para os envolvidos, tais como a mobilização de sentimentos e conteúdos inoportunos evocados pela temática. Destaca-se que, no manejo da Pesquisa, todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos e, caso os participantes sintam-se constrangidos em realizar alguma de suas etapas, terão liberdade para abandonar o Estudo sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Além disso, quando houver a identificação de riscos e desconfortos decorrentes da participação na Pesquisa, os participantes afetados serão acolhidos e orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso. Após o fechamento do trabalho, a Pesquisadora compromete-se em realizar uma devolutiva sobre os resultados obtidos.

Caso o(a) Senhor(a) tenha dúvidas, ou, necessite de maiores esclarecimentos, poderá contatar: Camila Siguinolfi de Moura, Rua Diva Nadir 292, Apucarana – PR, fone (43) 3033-5292; pelo e-mail camilasiguinolfi@gmail.com, ou, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este Termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) Senhor(a):

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido, devidamente esclarecido sobre os procedimentos da Pesquisa, concordo em participar, **voluntariamente**, da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE D

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____ Gênero: _____

Nome da secretaria/unidade/direção onde trabalha: _____

Carga horária de trabalho: _____ Vínculo Empregatício: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de prática na função que exerce: _____

Formação na área específica onde trabalha? () Sim () Não

Outras formações: _____

Exerce outra função?: _____

(ex: conselheiro; representante; movimentos sociais etc.)

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo Focal

Título da pesquisa

“Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da Pesquisa **“Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR”**, que faz parte do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós- Graduação, *Stricto Sensu*, em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, da Mestranda Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch. O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária à Saúde, no Município de Apucarana - PR. Você poderá contribuir com o terceiro momento da pesquisa que ocorrerá a partir da realização da técnica do Grupo Focal em que será realizado um encontro de aproximadamente 1h e 30min em que os participantes poderão interagir e trocar e expressar, verbalmente, suas impressões e sugestões sobre o tema proposto. Acrescenta-se que, caso necessário, diante da exploração da temática poderá ser realizado mais um encontro de igual período. Além dos participantes, a aplicação do Grupo Focal contará com a presença da Pesquisadora, responsável pela facilitação, e de uma Observadora que contribuirá para a captação e o registro de comportamentos verbais e não verbais. Também inclui, diante da incerteza da realidade sanitária atual, a possibilidade de coleta remota. Este Estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, CAAE: 42168821.8.0000.5231. Os profissionais serão previamente convidados a colaborarem com o Estudo e, em aceitando, assinarão o TCLE. Trata-se de uma pesquisa voluntária. Esclarecemos ainda que, os participantes não pagarão e nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da Pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes, especificamente, de sua participação. Os participantes da Pesquisa poderão desistir a qualquer momento, ou, recusar-se em prosseguir, sem que disso decorram quaisquer prejuízos. Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e

serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. O conteúdo levantado será gravado, transcrito para análise, e, posteriormente, descartado. É válido pontuar que a identidade dos participantes ficará preservada, substituindo a identificação por códigos ou nomes fictícios, assegurando-se a confidencialidade dos dados e resguardando-se o anonimato. Os benefícios decorrentes de sua participação será a importante contribuição para a discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da Saúde no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público. A participação no presente Estudo poderá causar riscos para os envolvidos, tais como a mobilização de sentimentos e conteúdos inoportunos evocados pela temática. Destaca-se que, no manejo da Pesquisa, todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos e, caso os participantes sintam-se constrangidos em realizar alguma de suas etapas, terão liberdade para abandonar o Estudo sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Além disso, quando houver a identificação de riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa, os participantes afetados serão acolhidos e orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso. Após o fechamento do trabalho, a Pesquisadora compromete-se em realizar uma devolutiva sobre os resultados obtidos. Caso o(a) Senhor(a) tenha dúvidas, ou, necessite de maiores esclarecimentos, poderá contatar: Camila Siguinolfi de Moura, Rua Diva Nadir 292, Apucarana – PR, fone (43) 3033-5292; pelo e-mail camilasiguinolfi@gmail.com, ou, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este Termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) Senhor(a):

_____, tendo sido, devidamente, esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar, **voluntariamente**, da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Apucarana, 30 de setembro de 2021.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE F

Roteiro Grupo Focal

Tema: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM APUCARANA – PARANÁ

Identificação:

Pesquisador(a):

Observador(a) :

Atores Sociais:

Contextualização:

Rapport Inicial

Agradecimentos

Apresentação da pesquisadora

Objetivos da pesquisa

Explicitação e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Explicitação do que vai ser indagado durante a pesquisa (ressaltando o espaço protegido, sigiloso e sem julgamentos).

Eixo temático I – Processo de Trabalho (identificação das demandas)

Questões disparadoras:

1) Agora nesse momento vocês podem se apresentar dizendo (nome, profissão, onde atuam e há quanto tempo). O que você(s) faz(em)? Falem/Relatem um pouco do seu(s) processo de trabalho?

(Vou aproveitar que todos vocês trouxeram questões de antes da Pandemia e, agora, após a Pandemia. Então... esse estudo vai considerar essa temporalidade, porém vocês podem trazer ações de antes, durante e depois, ok?!)

2)E pensando nessa realidade o que vocês identificam como as principais demandas dessa população? Quais problemas, queixas dessa população de 0 a 6 anos?

3)Ótimo! E diante dessas demandas vocês conseguem desenvolver alguma ação pensando nessa população? De que forma?

Eixo temático II- Promoção da Saúde

4) O que vem a mente de vocês quando se fala em Promoção da Saúde?

5) Acreditam que existam práticas e ações de promoção da saúde (direcionadas a primeira infância) dialogadas no município? Por favor, me falem um pouco a respeito de cada uma...como foram pensadas/ construídas/ organizadas/ que atores participaram? (*observar se consideram: equidade, participação popular, sustentabilidade, autonomia, etc*)

Eixo Temático III – Intersetorialidade (potências/barreiras)

6) O que pensam a respeito da ação conjunta entre os setores? Tem algum exemplo de ações compartilhadas?

7) Na percepção de vocês quais as facilidades para se construir ações conjuntas entre os setores (CRAS,UBS,Escola,Conselho,etc) no bairro Jardim Ponta Grossa?

8) E percebem dificuldades/ barreiras para a construção dessas ações conjuntas? Quais?

Eixo temático IV- Contribuições Livres

9) Existe algo que gostariam de complementar que a pesquisa não mencionou a respeito dessa temática?

Agradecimentos e encerramento.

APÊNDICE G

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Apucarana, 28 de dezembro de 2020.

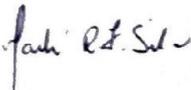
Ilustríssimo(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma Pesquisa intitulada: "Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR". O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária a Saúde no município de Apucarana - PR.

A obtenção de dados será realizada a partir de três momentos: delimitação do universo amostral e eleição do Território de estudo; caracterização do Território e seleção dos atores sociais que participarão do estudo e, Grupo Focal. Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a Pesquisadora Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, desenvolva a coleta de dados primários e secundários na AUTORIDADE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO do Município de Apucarana.

Pela participação no Estudo, a Instituição e os Sujeitos da Pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como, não será ofertado qualquer bônus. Esclarecemos que, os dados da pesquisa são para objetivo único de Estudo. Os Sujeitos da Pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente,

Ciente e de acordo: 

Apucarana

Data: 15/01/2021.

APÊNDICE H

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Apucarana, 28 de dezembro de 2020.

Ilustríssimo(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma Pesquisa intitulada: "Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR". O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária a Saúde no município de Apucarana - PR.

A obtenção de dados será realizada a partir de três momentos: delimitação do universo amostral e eleição do Território de estudo; caracterização do Território e seleção dos atores sociais que participarão do estudo e, Grupo Focal. Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a Pesquisadora Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, desenvolva a coleta de dados primários e secundários na Secretaria de Assistência Social do Município de Apucarana.

Pela participação no Estudo, a Instituição e os Sujeitos da Pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como, não será ofertado qualquer bônus. Esclarecemos que, os dados da pesquisa são para objetivo único de Estudo. Os Sujeitos da Pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente,

Ciente e de acordo:


Ana Paula Nazario
Assistente Social-CRESS 6991

Data: 15 / 01 / 2021.

APÊNDICE I

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Apucarana, 28 de dezembro de 2020.

Ilustríssimo(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma Pesquisa intitulada: "Estratégias de Promoção da Saúde Voltadas à Primeira Infância na Atenção Primária à Saúde em Apucarana-PR". O objetivo desta Pesquisa é o de analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária a Saúde no município de Apucarana - PR.

A obtenção de dados será realizada a partir de três momentos: delimitação do universo amostral e eleição do Território de estudo; caracterização do Território e seleção dos atores sociais que participarão do estudo e, Grupo Focal. Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a Pesquisadora Camila Siguinolfi de Moura, orientada pelo Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, desenvolva a coleta de dados primários e secundários na AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE do Município de Apucarana.

Pela participação no Estudo, a Instituição e os Sujeitos da Pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como, não será ofertado qualquer bônus. Esclarecemos que, os dados da pesquisa são para objetivo único de Estudo. Os Sujeitos da Pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente,

Ciente e de acordo:


Roberto Kaneta
Diretor Presidente AMS

Data: 15 / 01 / 2021.

ANEXO



Centro de Ética em
Saúde Pública
São Paulo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS À PRIMEIRA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM APUCARANA - PARANÁ

Pesquisador: CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42168821.8.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.533.251

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

De acordo com o documento PB_Informações Básicas de 16/01/2021:

*Resumo:

Em época de desmontes e retrocessos nas garantias de direitos, a medicalização da vida apresenta-se como modelo hegemônico de atenção, atingindo até a esfera da infância. Nesse sentido, as práticas de Promoção da Saúde, quando atreladas aos princípios norteadores da Reforma Sanitária, que consideram os determinantes e as determinações sociais no processo saúde-doença, evidenciam-se como estratégia de enfrentamento na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte, o presente trabalho tem por objetivo analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância realizadas na Atenção Primária à Saúde no Município de Apucarana -Paraná. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e, metodologicamente, dividido em três momentos: 1) delimitação do universo amostral e eleição do Território de Estudo; 2) caracterização do Território e seleção dos atores sociais que participarão do estudo; e 3) Grupo Focal com atores sociais do Território eleito. Esta

Pesquisa almeja demonstrar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de Promoção da Saúde na Primeira Infância, identificando dispositivos potencializadores de

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep208@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.533.251

Saúde; operando no fortalecimento de ações intersetoriais; proporcionando visibilidade à infância e, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento PB_ Informações Básicas de 16/01/2021:

Objetivo Primário:

2.1 Analisar as estratégias de Promoção da Saúde voltadas à Primeira Infância, realizadas na Atenção Primária à Saúde no Município de Apucarana – PR.

Objetivo Secundário:

2.2.1 Identificar as principais demandas do Território de atuação dos sujeitos da pesquisa referentes à Primeira Infância;

2.2.2 Investigar as ações voltadas à Promoção da Saúde na Primeira Infância realizadas por atores sociais e profissionais atuantes na Rede Municipal de Apucarana, em um dos territórios da APS;

2.2.3 Analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações intersetoriais de Promoção da Saúde na Primeira Infância;

2.2.4 Identificar barreiras existentes no território e dispositivos potencializadores de Saúde para fomentar o trabalho intersetorial e a realização destas ações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento PB_ Informações Básicas de 16/01/2021:

Riscos:

A participação no presente Estudo poderá causar riscos para os envolvidos, tais como a mobilização de sentimentos e conteúdos inoportunos evocados pela temática. Destaca-se que, no manejo da Pesquisa, todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos e, caso os participantes sintam-se constrangidos em realizar alguma de suas etapas, terão liberdade para abandonar o Estudo sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Além disso, quando houver a identificação de riscos e desconfortos decorrentes da participação na Pesquisa, os participantes afetados serão acolhidos e orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Benefícios:

Espera-se que o Estudo contribua para a discussão técnico-científica das experiências intersetoriais de Promoção da Saúde no que concerne à Saúde da Criança, reverberando na qualificação da assistência prestada a esse público.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.533.251

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Apresentou autorizações para realização da pesquisa: Autarquia Municipal de Educação, Autarquia Municipal de Saúde e Secretaria de Assistência Social, todas do Município de Apucarana.

Apresentou TCLE para enfermeiros e TCLE para grupo focal.

Haverá consulta a fonte de dados secundários não públicos fornecidos pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, sendo necessário a apresentação de termo de sigilo e confidencialidade assinado.

Apresentou instrumentos para coleta de dados.

A coleta de dados está prevista para 02/04/2021.

O orçamento previsto é de R\$4.700,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às pendências:

Pendência 01) Folha de rosto: alterar a folha de rosto no campo 14 como Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e não departamento de Saúde Coletiva, tendo em vista que trata-se de um projeto de mestrado. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 02) Apresentar termo de sigilo e confidencialidade assinado, tendo em vista que serão consultados dados secundários fornecidos pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 03) No TCLE do grupo focal deve constar a informação por quanto tempo e qual o destino das gravações. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.533.251

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1690108.pdf	08/02/2021 08:43:59		Aceito
Outros	TermodeSigilo.pdf	08/02/2021 08:38:52	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostorevisada.pdf	08/02/2021 08:34:11	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_as_Pendencias.pdf	06/02/2021 00:26:39	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceB_TCLE_GrupoFocal_revisado.pdf	06/02/2021 00:25:05	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Estrategias_de_PromocaoSaude_VoltadaaPrimeiraInfancia_naAtencaoPrimariaSaude_emApucaranaParana.pdf	06/02/2021 00:24:38	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
Declaração de Instituição e	Termo_de_AutorizacaoInstitucional_Educacao_Assistencia_Saude.pdf	15/01/2021 21:31:55	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.533.251

Infraestrutura	Termo_de_AutorizacaoInstitucional_Edu cacao_Assistencia_Saude.pdf	15/01/2021 21:31:55	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceB_TCLE_Ernfemagem.pdf	15/01/2021 21:27:45	CAMILA SIGUINOLFI DE MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 10 de Fevereiro de 2021

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cex268@uel.br