

Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS)

Júlia Florêncio Carvalho Ramos^(a)
 Lilian Miranda^(b)
 Maria Virgínia Marques Peixoto^(c)
 Mariana Ribeiro Marques^(d)
 Larissa Costa Mendes^(e)
 Eduardo Henrique Passos Pereira^(f)

Ramos JFC, Miranda L, Peixoto MVM, Marques MR, Mendes LC, Pereira EHP. Participative research and comprehensive child healthcare promotion strategies in the Brazilian National Health System (SUS). Interface (Botucatu).

The article discusses methodological aspects of an investigation aimed at promoting the involvement of participants as a challenge. We were interested in understanding how family health teams made sense of the child handbook - *Caderneta de Saúde da Criança*, and child development. The intervention-research promoted the sharing of viewpoints among researchers and providers in focal groups with the use of narratives making it possible for the participants to become key players of the proposed investigation. The implementation of the strategy promoted: 1) the greater ownership of the instrument, 2) the deepening and repositioning regarding crystalized issues in the functioning of teams, and 3) the validation of research results. These results indicate that there is a contribution of participatory research to the consolidation of SUS because they propose access to a common plan as methodological strategy and promote greater engagement of the teams in relation to the proposed themes.

Keywords: Community-based participatory research. Intervention-research. Child health. Child Health Handbook.

Neste artigo, discutem-se aspectos metodológicos de uma investigação que tomou a promoção da participação dos envolvidos como desafio. Interessou compreender os sentidos atribuídos por equipes de Saúde da Família à *Caderneta de Saúde da Criança (CSC)* e ao desenvolvimento infantil. A pesquisa-intervenção promoveu o compartilhamento de pontos de vista entre pesquisadores e trabalhadores em grupos focais com utilização de narrativas, construindo condições para que os participantes se tornassem protagonistas da investigação proposta. A realização dessa estratégia promoveu: 1) maior apropriação do instrumento; 2) aprofundamento e reposicionamento quanto a questões cristalizadas nos modos de funcionamento das equipes; 3) validação dos resultados da pesquisa. Tais resultados indicam que há uma contribuição das pesquisas participativas para a consolidação do SUS, pois, ao proporem o acesso a um plano comum como estratégia metodológica, promovem também maior engajamento das equipes em relação aos temas propostos.

Palavras-chave: Pesquisa participativa baseada na comunidade. Pesquisa-intervenção. Saúde da criança. *Caderneta de Saúde da Criança*.

^(a, c, d, e) Laboratório de Métodos Quantitativos, Departamento de Pesquisa, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20021-140. bebolia@gmail.com; virginia@iff.fiocruz.br; marirmarques@gmail.com; larissacostamendes@gmail.com

^(b) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

^(f) Departamento de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. e.passos1956@gmail.com

Introdução

Neste artigo discutem-se aspectos metodológicos da pesquisa “Compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na Estratégia de Saúde da Família”, na qual se procurou compreender as causas da reduzida taxa de preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC)¹ e as concepções das equipes relacionadas à saúde integral na infância. As indagações em torno desses temas se tornaram importantes durante pesquisa realizada em 2013 com as mães de crianças que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para acompanhamento da saúde dos filhos. Preliminarmente, verificou-se reduzida taxa de preenchimento da CSC pelos profissionais da Atenção Básica (AB), concordando com a literatura²⁻⁴. Outro achado sugeria que os aspectos da CSC voltados para a promoção do desenvolvimento infantil eram pouco valorizados^{5,6}. A hipótese de baixa apropriação da CSC e dos aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil por parte dos trabalhadores motivou a realização de uma pesquisa participativa com as equipes da estratégia Saúde da Família (ESF).

A diretriz da participação estabelecida pelo SUS^{7,8} representa um marco para a inclusão da população na formulação e no controle das políticas de saúde⁹, tornando-se um compromisso que deve atravessar todas as ações de saúde, da gestão¹⁰ à clínica¹¹. Trata-se de princípio pautado no reconhecimento de que aquele a quem uma ação de cuidado se destina é protagonista de sua própria história¹², sendo, portanto, coautor da produção de saúde¹³.

Nesse sentido, o trabalho em saúde tem dupla finalidade¹²: produção de saúde e construção conjunta de capacidade de reflexão e autonomia para profissionais, gestores e usuários. Entendemos a autonomia como um recurso que precisa ser constantemente (re)construído em meio às relações intersubjetivas. Consequentemente, os graus de autonomia que podem ser experimentados têm relação com o funcionamento das organizações de saúde e com os valores que lá são veiculados, assim como da cultura na qual se está inserido. Considera-se que a autonomia é tão maior quanto mais ampla e diversificada é a rede de dependências de cada indivíduo e os modos de lidar com ela^{14,15}. Reconhecendo-se a participação ativa dos atores de pesquisa^{16,17}, adotou-se um delineamento de pesquisa em que os efeitos da intervenção – sempre inevitáveis¹⁸ – contribuem com o aumento do conhecimento, da capacidade crítica e dos recursos para a ação autônoma dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Tais modalidades de pesquisa buscam respostas coerentes às questões impostas por “esferas da vida que não podem ser estudadas pela via dedutiva clássica (teste empírico de teorias prévias)”¹⁹ (p. 1270).

O referencial teórico incluiu autores do campo da Saúde Coletiva que, embora pensem a atenção em saúde com base em diferentes matrizes epistemológicas, têm em comum a consideração de seu aspecto intersubjetivo ou relacional, enfatizando que os processos de gestão e clínica são impactados por elementos que se estendem das relações de poder à dimensão do desejo e às questões existenciais. Trata-se de trabalhos que vêm valorizando aspectos do cotidiano dos serviços, empreendendo contundente crítica aos limites do paradigma biomédico e destacando a importância de abordagens ampliadas do cuidado, pautadas pelos aspectos não apenas biológicos e sociais, mas também culturais, emocionais e/ou psíquicos^{12,13,17,18,20}.

A pesquisa-intervenção e seus desafios no contexto da atenção integral à saúde da criança

A CSC é um instrumento estratégico para o acompanhamento da saúde das crianças que nascem em território brasileiro. Após sofrer sucessivas modificações com as quais se pretendeu contemplar a integralidade do cuidado na infância, chegou à sua última versão em 2010¹. Trata-se de instrumento para ser utilizado por mães e profissionais de saúde, especialmente na AB, responsável pela longitudinalidade do cuidado.

A despeito da importância do papel da CSC para a promoção da saúde infantil, preconizada por uma série de políticas que visam garantir direitos para a infância^{21,22}, a experiência²³ de sua utilização tem sido pouco estudada. Que atores utilizam a CSC? O que entendem como sendo o trabalho

possível com ela? Que dificuldades enfrentam? Como podem ampliar suas possibilidades de uso? A abordagem de tais questões precisa ser mais explorada com base em desenhos metodológicos orientados para a inclusão dos participantes como protagonistas do processo de produção de conhecimento^{16,17,24}.

A utilização de metodologias participativas pode contribuir significativamente para o campo de estudos relacionados ao cuidado na infância. Porém, o que se toma por participação e os procedimentos que se realizam para promovê-la podem ser bastante distintos²⁵⁻²⁹. Diante da variedade presente no campo, faz-se necessário apresentar de que maneira a participação é compreendida neste trabalho.

O referencial da pesquisa-intervenção¹⁸ foi adotado para a compreensão do problema sujeito-objeto no campo de pesquisa. Para Aguiar e Rocha³⁰, embora incluída entre as pesquisas consideradas participativas, a pesquisa-intervenção, baseada, principalmente, no pensamento institucionalista francês e na esquizoanálise, estabelece uma ruptura mais profunda com enfoques de pesquisa tradicionais e com noções de sujeito pautadas seja na centralidade da consciência, seja na determinação social. Ela empreende um processo de desnaturalização do cotidiano sobre o qual se instala (um serviço ou uma prática de saúde, por exemplo), tematizando aspectos que surgem “[...] nas situações que resistem aos modelos, no que, nas sucessivas repetições, tensiona as crenças, os valores, a lógica que norteia a rotina.”³¹ (p. 537). “Nessa perspectiva, pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição, trazendo para o campo da análise as histórias, o caráter transicional e parcial, os recortes que a investigação imprime nas práticas”³⁰ (p. 654) e os efeitos que produz tanto sobre os grupos que se pretendia investigar quanto sobre os pesquisadores.

Assim, produzir conhecimento implica necessariamente intervir naquilo que se pretende conhecer¹⁸. A realidade não é um dado pronto, acabado, à espera de que alguém (o pesquisador) desvele seu sentido. Tanto o fenômeno que se pretende conhecer (a que tradicionalmente designa-se objeto de pesquisa) quanto aquele que conhece estão em processo de construção conjunta ininterrupto¹⁸, pois conhecer é um ato que faz surgir simultaneamente tanto aquele que conhece (sujeito) quanto o que é conhecido (objeto)³². Pesquisador e participante são pontos de vista heterogêneos que compartilham o processo de produção de conhecimento³³.

Nesse sentido, diz-se que a pesquisa realiza “colheita” dos dados, pois o conhecimento é produzido no/pelo próprio processo de pesquisar. Não se trata de extrair informação do campo (procedimento de coleta) para representar um mundo estabelecido *a priori*³⁴, mas de participar de seu processo de criação e transformação.

Participantes

Para se compreender como a CSC é apropriada pelas equipes, foram realizados grupos focais com trabalhadores da ESF. Com cada uma das equipes participantes, foram realizados dois encontros com duração média de duas horas cada um. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo sua categoria profissional por município.

Tabela 1. Tabela de participantes

Município	Categoria						Total
	Agente Comunitário de Saúde	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Dentista	Auxiliar de Saúde Bucal	
Joinville (SC)	8	1	1	1	-	-	11
Santarém (PA)	8	1	2	1*	-	-	12
Campina Grande (PB)	4	1	1	1	1	1	9
São Gonçalo (RJ)	6	1	1	1**	-	-	9
Total	26	4	5	4	1	1	41

*Não participou do segundo encontro. **Idem.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (parecer nº 745.856) e autorizada pelas Secretarias Municipais de Saúde das cidades onde o trabalho de campo foi desenvolvido. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Grupos focais (GF)

Tradicionalmente, a técnica de grupo focal constitui uma ferramenta de coleta de dados utilizada isoladamente ou em conjunto com outras cujo objetivo é promover a interação dentro de um grupo com o propósito de favorecer a troca de opiniões, percepções e conhecimentos e de ampliar as perspectivas sobre determinado tema³⁵⁻³⁷. Diferencia-se pela possibilidade de observar o surgimento de pontos de vistas novos, frutos do próprio processo grupal, que não se reduzem à soma das perspectivas individuais³⁸. Mediante seu uso, atinge-se um número maior de pessoas concomitantemente, obtendo-se certo grau de profundidade em curto intervalo³⁶. Na área da Saúde Coletiva, são numerosas as pesquisas que a utilizam para avaliar implantações de políticas, serviços e experiências^{39,40}, na medida em que ela permite o reconhecimento não apenas do que as pessoas pensam, mas das suas motivações e dos processos por meio dos quais formulam seus argumentos, enfrentam controvérsias, criam consensos e se posicionam nas dinâmicas intersubjetivas¹⁶. Contudo, a despeito de sua ampla utilização, são raras as publicações que versam sobre questões metodológicas ligadas ao grupo focal, tal como se propõe desenvolver no presente artigo, especialmente no que tange à análise dos dados obtidos por meio dessa técnica³⁶.

No primeiro encontro, o foco da discussão foi orientado por roteiro temático, composto por três eixos: 1) Práticas de cuidado dirigidas à infância; 2) Formas de utilização da CSC; e 3) Formação em saúde integral infantil. Muito embora o roteiro contivesse perguntas previamente formuladas, no modo de suscitar as questões na discussão buscou-se acompanhar a dinâmica grupal. O trabalho do moderador consistiu em guiar o grupo para que este investigasse sua própria experiência, de maneira não diretiva, auxiliando a proliferação dos pontos de vista e convidando o grupo a experimentar certo distanciamento em relação ao que é naturalizado⁴¹.

A literatura relacionada à utilização de GF³⁸ indica a homogeneidade como condição favorável à sua utilização, pois facilita o aprofundamento de reflexões e questionamentos no grupo. Nesta pesquisa, optou-se pela realização de grupos com equipes de ESF completas, adotando-se como critério de homogeneidade o pertencimento a uma mesma equipe de ESF. Tratou-se, portanto, de um tipo de homogeneidade que comporta a heterogeneidade de categorias e funções profissionais. Com isso, buscou-se reproduzir nos dispositivos da pesquisa uma situação análoga àquela vivida pelos trabalhadores das equipes da ESF, na qual experiências e formações distintas se engajam na produção de saúde.

A pesquisa se orientou por uma tríplice inclusão⁴² cujo efeito foi a lateralização entre pesquisadores trabalhadores e pesquisadores universitários: 1) inclusão dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde – roda com os trabalhadores das equipes da ESF e pesquisadores universitários; 2) inclusão das questões cruciais suscitadas pela experiência em roda – produção coletiva das questões para a análise da pesquisa ou colheita de dados; 3) inclusão do protagonismo coletivo gerado pelo próprio procedimento de inclusão – contração de grupalidade e experiência de participação no processo de produção e conhecimento.

Construção de narrativas

Redigiu-se uma narrativa relacionada à experiência de cada GF por campo participante específico, totalizando quatro narrativas. Na construção das narrativas, procurou-se desenvolver os núcleos argumentais que se destacaram nas memórias redigidas pelos pesquisadores após o término dos GF. Metodologicamente, nessa etapa há um trabalho de sistematização dos dados, que são organizados e têm seus sentidos encadeados pelos pesquisadores.

É importante enfatizar que a tarefa de construção da narrativa se dá em função de um processo de análise que é iniciado durante o GF. Considera-se que as experiências de lateralização desde o GF

fomentam o surgimento de um *ethos* analítico⁴³ compartilhado com os participantes da pesquisa, que enseja a elaboração de novos sentidos para funcionamentos tácitos.

Nesse sentido, esta pesquisa se diferenciou de grande parte dos estudos que, ao utilizar a técnica de GF, optam por proceder à interpretação do material empírico valendo-se de abordagens etnográficas, análise de conteúdo ou de discurso^{40,44,45}. Diferentemente, optou-se por um trabalho de construção, possibilitado pela leitura e discussão das narrativas com os participantes da pesquisa. Tal opção baseou-se no pressuposto de que as narrativas nunca estão prontas dentro dos indivíduos: elas são construções que advêm de uma relação. Nelas, sempre se encontram marcas dos narradores, além daquelas próprias aos atores da “história narrada”⁴⁶. Esse trabalho de construção de narrativas é efeito da negociação de sentidos sobre o fenômeno em estudo.

Nos emaranhados das discussões, foram buscados sentidos para os três eixos temáticos que, embora intensamente vividos, ainda não haviam sido narrados. Com a utilização de narrativas, visava-se criar as condições para que pesquisadores e participantes pudessem partilhar e interferir mutuamente nas análises do processo de pesquisa, problematizando suas próprias experiências¹⁶.

GF narrativos e construção de planilha de núcleos argumentais

O grupo focal narrativo (GN) é uma segunda rodada de GF na qual se apresenta e se discute com os pesquisadores trabalhadores a narrativa construída pelos pesquisadores universitários. Foi a ocasião para a validação dos sentidos produzidos durante a pesquisa e, principalmente, para a ampliação e aprofundamento das discussões, além de possíveis reposicionamentos dos envolvidos. Tendo a promoção da participação como princípio norteador, na realização do GN, os sentidos formulados pelos pesquisadores universitários foram submetidos à análise dos demais participantes da pesquisa. Com a realização dessa nova etapa, surgiram novos núcleos argumentais. Os núcleos formulados a partir do GF e aqueles destacados na discussão do GN foram organizados de maneira a permitir a visualização dos efeitos da intervenção. No Quadro 1, tem-se uma linha de análise.

Quadro 1. Linha de análise

GF	GN
Queixa acerca da falta de leitura da CSC pelas mães.	Grupo afirma não realizar nenhum trabalho de promoção da leitura com as mães, outrora realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante o pré-natal. [...] A equipe se compromete a realizar a ideia que surgiu no GF de utilizar a CSC nos atendimentos em grupo como estratégia de incentivo à leitura.

Nesse exemplo, pode-se observar como um dos núcleos destacados no primeiro encontro se desdobra no segundo, ampliando a compreensão do problema apresentado inicialmente. Essa ampliação, acompanhada de estranhamentos, questionamentos e incômodos vividos pelos participantes durante os encontros grupais, indica que a técnica de GF pode produzir efeitos que se estendem para além da obtenção de informações, que tradicionalmente dela se espera^{16,44}. Esse efeito de ampliação dos sentidos relacionados a um problema deve-se a um procedimento analítico participativo⁴³.

Por fim, organizam-se cruzamentos das narrativas das diferentes equipes e das discussões de diferentes momentos (GF e GN) da mesma equipe, evidenciando-se as diferenças entre os grupos e também os efeitos da intervenção.

Sobre os efeitos de intervenção advindos do método de pesquisa adotado

Durante o processo, a equipe de pesquisadores identificou resultados relativos à utilização da CSC e aos efeitos advindos do método adotado. O primeiro deles foi a possibilidade que os trabalhadores,

principalmente os ACS, tiveram de manusear a CSC, vindo pela primeira vez o conjunto das informações nela contidas. Além disso, a proposição da pesquisa serviu para despertar o interesse pelos temas da CSC e do desenvolvimento infantil, que pareciam submersos no automatismo das ações cotidianas.

O segundo efeito foi o favorecimento de mudanças no modo como parte dos trabalhadores se referia aos membros adultos das famílias, principalmente às mães. Construíram-se, conforme se apresentará mais adiante, avaliações menos centradas em julgamentos morais e mais sensíveis à consideração da complexidade das questões envolvidas na tarefa cotidiana do cuidado com crianças.

O terceiro efeito se exprime no fato de que, ao falar sobre a CSC, os profissionais puderam desenvolver e compartilhar reflexões críticas sobre o próprio processo de trabalho, reconhecendo potencialidades, conflitos e problemas que se encontravam silenciados. Resultado semelhante incidiu sobre a própria equipe de pesquisa, que, com base na experiência do trabalho em campo, acabou por se reposicionar em relação às próprias questões e ao objeto de pesquisa, que revelaram abrangência e complexidade antes desconsideradas.

Cada um desses efeitos é analisado separadamente, a seguir, na tentativa de imprimir maior clareza ao texto, mas sua emergência nos grupos foi simultânea e não se deu em uma cronologia linear. Note-se que a maior parte das citações de trechos das narrativas não está identificada por categorias profissionais, na medida em que são fruto de um processo de validação coletiva. Uma categoria foi destacada sempre que protagonizou um argumento ou comentário.

A CSC adquire lugar na cena de trabalho

Todas as equipes participantes afirmaram que se ocupavam de preencher a CSC ou, no caso dos ACS, de utilizá-la para verificar a atualização da vacinação e a assiduidade da puericultura. Contudo, as discussões nos grupos levaram os trabalhadores a concluir que, embora manuseassem o material em questão, não o conheciam integralmente ou, como em um grupo específico, sequer pensavam sobre a função dele:

Até mesmo alguns de nós não tínhamos familiaridade com a caderneta. Talvez até pudéssemos incentivar mais as mães a lê-la, mas somos muito cobradas e temos pouco tempo para fazer as coisas... Passamos a nos interessar mais por ela depois que vocês vieram propor a pesquisa. É preciso que haja uma propaganda maior, porque ela mudou muito. (Narrativa São Gonçalo)

Foi no processo da pesquisa que muitos agentes de saúde puderam folhear a CSC, pois só tinham acesso a ela quando faziam visitas às famílias. Nessas ocasiões, liam apenas as páginas que continham as informações que precisavam acompanhar, o que os levava a identificá-la com a "carteirinha de vacinas", chegando, inúmeras vezes, a nomeá-la com essa expressão.

Comentar sobre a dificuldade de acesso à CSC levou alguns profissionais a desabafar acerca do incômodo que sentem ao perceber que a AB é muito desvalorizada no campo da Atenção à Saúde como um todo. A caderneta é tomada como símbolo disso, pois as equipes, além de não a receberem na unidade, não contaram com nenhum treinamento para usá-la. Vale esclarecer que, sendo um documento da criança e de sua mãe, a CSC é entregue diretamente à última no momento do parto. Sentindo-se praticamente esquecidos, os trabalhadores comentam que esse descaso acaba por prejudicar também os usuários:

Pois é... mas, para nós, agentes e técnica de enfermagem, é mais difícil. Nós só folheamos a caderneta quando fazemos uma visita ou somos procuradas na unidade. Nunca pudemos ler a caderneta toda, porque nós não temos um exemplar para estudar. Só vemos aquela que fica com as mães. Assim, na nossa divisão do nosso trabalho como equipe, a técnica de enfermagem preenche a parte das vacinas e da vitamina A e os agentes utilizam caderneta para verificar se o peso e as vacinas estão em dia. É o que nos resta! (Narrativa Campina Grande)

Essas reflexões e apontamentos evidenciam a potência dupla do método adotado: os pesquisadores colheram os dados da pesquisa, ao mesmo tempo que as equipes se apropriaram mais da CSC.

Reflexão crítica dos profissionais diante do papel de cuidador atribuído aos familiares das crianças

As primeiras referências que os profissionais fizeram ao papel da mãe na utilização da CSC constituíram-se, em sua maioria, em julgamentos morais. Afirmou-se, por exemplo, que as mães são desleixadas ou que só se ocupam do cuidado com os filhos quando induzidas por algum outro ganho, advindo de programas sociais:

Se em casa as mãezinhas só leem a parte relativa ao peso, altura e vacina, é porque apenas esses dados são cobrados. E não somos só nós que cobramos. Outros programas sociais, como o Bolsa Família, cobram a vacina e o crescimento. ... Em outras situações, vemos que a mãe não faz o básico: não limpa a casa, não lava a roupa, não cozinha para os filhos. Fica o tempo todo deitada. A condição de descuido das crianças nos mobiliza muito! (Narrativa Joinville)

Entretanto, foi interessante observar que, no decorrer da discussão – e principalmente após a leitura das narrativas –, no GN, ao entrarem em contato com o ponto de vista de outros colegas, alguns profissionais se reposicionaram diante do comportamento das mães para com a caderneta e o cuidado geral com os filhos. Alguns deles conseguiram se aproximar mais da realidade de vida dos familiares, compreendendo questões envolvidas com aquilo que estavam julgando como descuido. Outros, por sua vez, conseguiram reconhecer que também têm responsabilidade em relação à resistência das mães em lerem a CSC: “Mesmo que a mãe não saiba ler, sempre tem alguém em casa que pode ler para ela. Mas, é claro que, para que isso ocorra, nossa função é incentivá-la” (Narrativa Santarém).

Ao se confrontarem com as críticas que faziam às mães, alguns profissionais contribuíram para o aprofundamento da análise, colocando em discussão também algumas questões socioculturais e políticas, não contempladas no roteiro de perguntas do GF:

Para alguns de nós, hoje em dia ela [a caderneta] se faz mais necessária, pois algumas mães não podem contar com a ajuda dos familiares; antigamente existia um suporte maior quando nascia um bebê em uma família. Poucas mães vêm ao serviço acompanhadas do pai ou da avó da criança, por exemplo. A Caderneta ajuda muito essas mães que não têm com quem contar. (Narrativa São Gonçalo)

Esse efeito de reposicionamento dos profissionais em relação à mãe pode também contribuir para a construção de vínculos mais positivos entre trabalhadores de saúde e usuários. O maior compartilhamento na construção dos projetos terapêuticos singulares é um objetivo do SUS com o qual a pesquisa realizada se associou.

As cenas de trabalho e de pesquisa são analisadas por meio da discussão sobre a CSC

Os apontamentos acima permitem concluir que, para além do efeito mais concreto de acesso à CSC, a utilização dos GF e o compartilhamento das narrativas propiciaram aos profissionais o desenvolvimento de uma análise crítica de seu próprio trabalho e a elaboração de propostas de qualificação. Esses efeitos incidiram também sobre os pesquisadores que, questionados acerca de alguns valores e formas de uso do material de pesquisa, acabaram por ampliar a compreensão acerca do fenômeno em estudo. Com isso, a nosso ver, colaborou-se também com a realização de um dos objetivos do trabalho em saúde¹²: a construção compartilhada de autonomia. O trecho a seguir pode ser tomado como um indicador de que alguns desses efeitos de crítica e qualificação do processo de trabalho demandam o desdobramento em ações que excedem o período de realização da pesquisa.

É..., talvez elas [as mães] fiquem focadas na vacina porque nós, profissionais, também nos preocupamos muito com isso. Pois é... talvez esse foco na vacina faça com que a gente se confunda e chame a caderneta de cartão, às vezes. Pensando nisso agora, percebemos que entre nós, ACS, não é nosso hábito folhear o “cartão” com a mãe. Poderíamos passar a fazer isso na sala de espera, enquanto aguardam a puericultura... nas casas, quando elas têm alguma dúvida, nós orientamos que leiam a caderneta. Mas é bem verdade que nunca lemos com ela. Podemos mudar isso... (Narrativa Campina Grande)

Observamos que as equipes puderam repensar a inserção da CSC no trabalho de promoção de saúde realizado com as mães e passaram a considerar a possibilidade de adotá-la de diferentes maneiras doravante. Outra possibilidade de uso da caderneta aventada nos grupos foi a de tomá-la como instrumento de formação para a própria equipe, tal como no exemplo a seguir:

[X] afirma que percebeu que há um desencontro da equipe no que se refere ao trabalho com a caderneta, que ela e a enfermeira estão fazendo uma série de coisas que os demais não estão acompanhando e menciona, como exemplo, a discussão sobre desenvolvimento. [...] Márcia retoma a proposta de uma oficina interna. (Memória GN Campina Grande)

O exercício do posicionamento crítico da equipe também foi identificado em alguns apontamentos que os profissionais faziam acerca de trechos das narrativas, destacando equívocos de compreensão dos pesquisadores ou questões que precisavam ser mais valorizadas, tal como se observa no trecho da memória do GN realizado em Campina Grande:

Mais adiante, a leitura da narrativa indica que “o que resta” aos ACS e à técnica de enfermagem é trabalhar com vacina e peso, pois eles não têm acesso à caderneta. Essa compreensão não é válida para ambos, técnica e ACS. Para a técnica, na compreensão dela mesma e da equipe, a vacina não é o que resta, é o que de fato deve ser feito por ela. (Memória GN Campina Grande)

Evidenciava-se para os pesquisadores a configuração da pesquisa como uma cena relacional, que constrói informações e produz efeitos sobre todos os envolvidos⁴⁷. Exemplo disso foi o reposicionamento que os pesquisadores se viram obrigados a fazer quando corrigidos pela técnica de enfermagem, que lembrou a importância do trabalho de vacinação, evidenciando a inadequação do tipo de ênfase dada à expressão “a vacina é o que resta”.

Preocupados com o uso de outros elementos da CSC além da checagem das vacinas, os pesquisadores acabaram por tratar a vacinação como algo trivial do cotidiano assistencial, desconsiderando sua importância para a manutenção da vida e da saúde da criança, assim como sua função na organização da divisão do trabalho. Escutar a retificação feita pela técnica de enfermagem foi, portanto, essencial para a revisão de questões que, já tratadas exaustivamente no campo de pesquisa, acabaram por ser demasiadamente simplificadas no processo que vinha se desenvolvendo.

Outro importante efeito que o método utilizado produziu sobre a equipe de pesquisadores foi seu reposicionamento em relação à própria questão norteadora da pesquisa. Esta, inicialmente derivada dos resultados de uma pesquisa prévia, interrogava os motivos da reduzida taxa de preenchimento da CSC. Mas o diálogo com o campo mostrou que esse material tem usos que ultrapassam os limites formais do preenchimento, traduzindo-se, por exemplo, como instrumento de mediação do contato entre profissionais e destes com as mães ou, paradoxalmente, de vigilância do cumprimento das orientações acerca do cuidado com a saúde das crianças. Assim, o trabalho vivo em ato sempre extrapola aquilo que está prescrito, guardando um potencial criativo²⁰. Um exemplo disso pode ser identificado no trecho a seguir:

Retomo para o grupo duas falas, uma da Luíza e outra da Ana, nas quais se considera que o registro da caderneta é útil para outros profissionais, e pergunto se o grupo concorda com essas afirmações. Começa a surgir uma série de falas no sentido de valorizar o diálogo com outros profissionais da AB e de outros níveis da atenção. ... Em seguida, ela começa a desdobrar outras possibilidades de diálogo a partir do uso da caderneta: a CSC é um instrumento para diálogo com outros profissionais, com os profissionais da própria equipe e também com as famílias. (Memória do segundo grupo de Campina Grande)

Cabe admitir, contudo, que extrapolar o que está prescrito pode significar também reduzir a potência do trabalho, como ilustrado pela afirmação a seguir: “Para nós, profissionais de saúde, atualmente, a caderneta serve para que controlemos a vacinação das crianças. Na opinião de alguns de nós este é o maior objetivo da carteira. ...Nossas metas têm sido estas: acompanhar o gráfico de crescimento e as vacinas” (Narrativa São Gonçalo).

A restrição do potencial da CSC ao seu uso privilegiado como instrumento de acompanhamento vacinal, isto é, a apenas uma de suas possibilidades, perpassa a experiência das equipes em todos os campos onde a pesquisa se realizou. Porém, a mesma equipe que no último exemplo afirma ter como meta o controle vacinal, ao ler esse mesmo fragmento no GN, inicia um processo de discussão no qual termina se perguntando: “e o resto?” (Memória GN São Gonçalo). Tal questionamento atesta um processo de reposicionamento da equipe, que passa a considerar que há um conjunto de outras ações relacionadas à atenção integral à saúde da criança. Esse reposicionamento foi um efeito da realização da pesquisa-intervenção, que contribuiu para que as próprias equipes pudessem se questionar acerca de seus posicionamentos.

Considerações finais

A discussão das práticas de produção da saúde integral da criança ensejou a possibilidade de compartilhamento de pontos de vista entre pesquisadores e trabalhadores. Essa experiência promoveu transformações em duplo sentido. De um lado, resignificou o próprio problema da pesquisa, que deixou de estar ligada apenas ao preenchimento da CSC e passou a se interessar pelas distintas formas de utilização desse instrumento. Por outro, houve relatos de mudança de perspectiva das equipes quanto à participação das famílias no cuidado das crianças, bem como de criação de modos de utilização da caderneta mais afeitos à proposta de atenção integral à saúde da criança.

A pesquisa se desenvolveu de maneira a construir um dispositivo que favorecesse a promoção da participação dos envolvidos na construção de conhecimento acerca do problema abordado. Estabelecendo-se uma analogia entre este e a metodologia proposta, pode-se afirmar que os desafios relacionados à promoção da atenção integral à infância são também concernentes ao tema da participação. Apropriar-se da CSC implica construir um cuidado no qual todos os envolvidos (diferentes membros da equipe de saúde e família) são considerados autores importantes. Assim, observa-se uma relação de circularidade entre a metodologia e o problema investigado. A promoção da participação das equipes de Saúde da Família em práticas de integralidade na infância foi a questão que, ao mesmo tempo, motivou a pesquisa e definiu o desafio metodológico imposto.

A participação é um desafio para a consolidação do SUS. Os efeitos de reposicionamento e aumento de participação aqui descritos indicam que as pesquisas de caráter participativo têm contribuição importante a dar para a consolidação do SUS como política pública de saúde.

Contribuições dos autores

Júlia Florêncio Carvalho Ramos e Lilian Miranda participaram da discussão dos resultados, da redação do manuscrito, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Maria Virgínia Marques Peixoto, Larissa Costa Mendes, Mariana Ribeiro Marques e Eduardo Henrique Passos Pereira participaram da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
2. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(1):122-31
3. Alves CR, Lasmar LM, Goulart LM, Alvim CG, Maciel GV, Viana M Retal. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(3):583-95.
4. Linhares AO, Gigante DP, Bender E, Cesar JA. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. *Rev AMRIGS.* 2012; 56(3):245-50.
5. Figueiras AC, Puccini RF, Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(6):1691-9.
6. Figueiras AC, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study. *Sao Paulo Med J.* 2014; 132(4):211-8.
7. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 19 Set 1990.
8. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 Dez 1990.
9. Rolim LB, Cruz RSBL, Jesus KJA. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saude Debate.* 2013; 37(96):139-47.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 89-112.
14. Onocko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-714.

15. Kinoshita RT. O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas [tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2001.
16. Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: Hucitec; 2008.
17. Onocko Campos R, Passos E, Palombini A, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(10):2889-98.
18. Passos E, Benevides R. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 110-31.
19. Onocko Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
20. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(6):109-16.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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*. 5 Ago 2015.
22. Plano Nacional da Primeira Infância [Internet]. Brasília: Rede Nacional Primeira Infância; 2010 [acesso 3 Feb 2017]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>.
23. Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 110-31.
24. Flores AA, Muhammad AH, Conceição AP, Nogueira A, Palombini AL, Marques CC, et al. A Experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia GAM Brasileiro. *Cad Humaniza SUS*. 2015; 5:257-76.
25. Villasante TR. Historias y enfoques de una articulación metodológica participativa. *Cuadernos CIMAS [Internet]*. 2010 [acesso 5 Jan 2017]. Disponível em: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_TVillasante_HISTORIAS.pdf.
26. Cordeiro JC, Villasante TR, Araujo Junior JL. A participação e a criatividade como ferramentas de análise das políticas públicas. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(4):2123-32.
27. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol Cienc Prof*. 2003; 23(4):64-73.
28. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entretempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR, Streck DR. *Pesquisa participante: o saber da partilha*. Aparecida: Ideias e Letras; 2006.
29. Schmidt MLS. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. *Psicol USP*. 2006; 17(2):11-41.
30. Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicol Cienc Prof*. 2007; 27(4):648-63.
31. Rocha ML, Uziel AP. Pesquisa-intervenção e novas análises no encontro da psicologia com as instituições de formação. In: Castro LR, Besset VL, organizadores. *Pesquisa-intervenção na infância e na juventude*. Rio de Janeiro: Trapera, Faperj; 2008. p. 532-56.

32. Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Editorial Psy II; 1995.
33. Kastrup V, Passos E. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: Kastrup V, Passos E, Tedesco S, organizadores. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 203-37
34. Campos GWS, Furlan PG. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):885-94.
35. Asbury JE. Overview of focus group research. Qual Health Res. 1995; 5(4):414-20.
36. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. Int J Qual Methods. 2009; 8(3):1-21.
37. Carey MA. Focus groups: what is the same, what is new, what is next? Qual Health Res. 2016; 26(6):731-3.
38. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicol Rev. 2004; 10(15):124-36.
39. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004.
40. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panamá. 1996; 120(6):472-82.
41. Melo JJ, Schaeppi PB, Soares G, Passos E. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. Cad Humaniza SUS. 2015; 5:233-48.
42. Pasche D, Passos E. Inclusão como método de apoio para produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. Saude Debate. 2010; 34(86):423-32.
43. Renault LMB, Barros MEB. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Kastrup V, Passos E, Tedesco S, organizadores. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 175-202.
44. Bunchaft AF, Gondim SMG. Grupos focais e identidade organizacional. Rev Estud Psicol. 2004; 21(2):63-77.
45. Carline-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev Saude Publica. 1996; 30(3):385-93.
46. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Tomo I. Marcondes C, Tradutora. Campinas: Papirus; 1997.
47. Gersen MM, Gersen KJ. Investigação qualitativa. Tensões e transformações. In: Denzin NK, Lincoln Y, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 367-88.

Ramos JFC, Miranda L, Peixoto MVM, Marques MR, Mendes LC, Pereira EHP.
Investigación participativa y las estrategias de promoción de la salud integral del niño en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Interface (Botucatu).

En el artículo se discuten aspectos metodológicos de una investigación que consideró la promoción de la participación de los envueltos como un desafío. El interés se concentró en entender los sentidos atribuidos por equipos de Salud de la Familia a la Cartilla de Salud del Niño (CSC, por sus siglas en portugués) y al desarrollo infantil. La investigación-intervención promovió la compartición de puntos de vista entre investigadores y trabajadores en grupos focales con utilización de narrativas, construyendo condiciones para que los participantes pasaran a ser protagonistas del estudio propuesto. La realización de esta estrategia promovió: 1) mayor apropiación del instrumento; 2) profundización y reposicionamiento con relación a cuestiones cristalizadas en los modos de funcionamiento de los equipos; 3) validación de los resultados del estudio. Tales resultados indican que hay una contribución de los estudios participativos para la consolidación del SUS, puesto que al proponer el acceso a un plan común como estrategia metodológica también promueven un mayor compromiso de los equipos en relación a los temas propuestos.

Palabras clave: Investigación participativa basada en la comunidad. Investigación-intervención. Salud del niño. Cartilla de Salud del Niño.

Submetido em 19/09/17. Aprovado em 22/12/17.

