DENIZE CRISTINA DE OLIVEIRA

***A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA
CRIANÇA: Análise das Práticas
Cotidianas através do Estudo de
Representações Sociais***

***Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-
Infantil da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo***

Orientador:

Prof. Titular Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

***São Paulo
Primavera/1996***

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Denize Cristina de.

A promoção da saúde da criança: Análise das Práticas Cotidianas através do Estudo de Representações Sociais. São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Unitermos.

1. Representação social. 2. Promoção da saúde da criança. 3. Práticas profissionais em saúde.

Meus primeiros agradecimentos aos sujeitos que com sua presença, carinho, compreensão, apoio moral e tolerância mostraram que ciência também se faz com amor. *Bruno, Riccardo, José, Zenalde, Éric, Florello (in memoriam).*

Aos amigos sempre fiéis que acabam sempre por se envolver em todas as minhas "criações" *Renata, Bete, Fernanda, Gabriel, Iara, Vera.*

Um agradecimento especial aos sujeitos anônimos que com sua disponibilidade em elaborar e verbalizar seus pensamentos acabaram por se constituir em atores da história das suas instituições.

Aos agentes financiadores e instituições estrangeiras que contribuíram para a realização da pesquisa de campo e para a pesquisa teórica realizada em Paris - França e Bologña - Itália:

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIE - Centre International de L'Enfance

Departamento de Educação da Universidade de Bologña - Itália

Uma representação que se realiza é sempre o resultado de muitas mãos, muitas mentes e muitos desejos que se entrelaçam, se complementam e acabam por produzir um trabalho.

✎ Aos amigos do Departamento de Saúde Materno-Infantil

✎ À Iara Aparecida de Macedo que junto com a competência em computação, traz sempre uma palavra de alegria e incentivo nos momentos difíceis.

✎ À Renata Claudia Stower e Gabriel Rosado Galcia pela amizade e grande ajuda na revisão de português e resumo em inglês.

✎ Ao Bruno por ter se constituído numa experiência vivida na promoção da saúde da criança e que, finalmente, participou com seu apoio em computação e impressão.

✎ Aos novos amigos conquistados ao longo deste caminho que aqui deixaram sua contribuição. Prof^a Ignez Salas Martins; Prof^a Ana Cristina d'Andretta Tanaka; Prof^a Augusta Thereza de Alvarenga; Prof. Adilson Alves Senne, Prof^a Luciane Lucio Pereira, Prof^a Marize Negrini, Prof^a Jaqueline Aguiar Cortez, Prof^a Maria Isabel Aleixo Marques, Prof^a Soraya El Hakin Reis.

✎ Aos membros da Banca Examinadora pela dose de carinho que adicionaram às suas contribuições na análise prévia da tese.

✎ Finalmente ao Prof. Titular Arnaldo Augusto Franco de Siqueira pela amizade e estímulo durante esses 16 anos de trabalho conjunto e por ter se constituído no principal responsável pela realização deste trabalho.

Este trabalho apresenta-se como continuidade de uma linha de pesquisa iniciada em 1985, a partir da nossa preocupação em compreender o universo social no qual vive a criança. Num primeiro momento, buscamos caracterizar os “ambientes” dentro dos quais o crescimento e o desenvolvimento infantil são forjados, a partir das definições de ambiente físico, ambiente relacional e ambiente social.

Tendo por premissa os três conceitos citados, partimos para a busca de um aprofundamento da compreensão dos ambientes social e relacional através do estudo das representações sociais e dos atores que participam desses processos: as mães, enquanto interlocutoras do cotidiano; e os profissionais de saúde, enquanto partícipes das ações de promoção da saúde da criança.

O primeiro trabalho derivado dessa proposta foi a análise das representações sociais de mães e de profissionais sobre o desenvolvimento infantil, que se traduziu na nossa monografia de mestrado.

Uma vez que as análises realizadas nesse trabalho apontaram para a necessidade de uma compreensão mais clara das práticas relativas a um processo mais geral, qual seja, a promoção da saúde da criança, optamos por desenvolvê-la neste trabalho.

Trata-se aqui, portanto, da continuidade no esforço de compreensão do nosso objeto central, qual seja, a criança e o seu universo social.

Este trabalho descreve e analisa as práticas relativas à promoção da saúde da criança, a partir das representações sociais de profissionais e de mães. A pesquisa de campo foi realizada em dois serviços locais de saúde, situados na Grande São Paulo. Foram analisadas 48 entrevistas utilizando-se técnicas quali-quantitativas, para reconstruir os contextos sócio-familiar, institucional e político nos quais as representações se constituíram e adquiriram sentido. São discutidas as relações estabelecidas entre práticas e representações, resultando daí a caracterização de posições institucionais em função das representações dos profissionais. Isto, por sua vez possibilita a delimitação de uma "geografia" das relações entre equipes de trabalho; e ainda compreensão da dinâmica de relações estabelecida entre os saberes profissionais e destes com a população. A pesquisa apresenta dados sobre o exercício da violência simbólica nas práticas dos profissionais no cotidiano do seu trabalho. Por outro lado, aponta diferentes perfis de incorporação desse tipo de relação de por parte da população. Não se revela, conseqüentemente, aqui um simples caso de hegemonia do conhecimento científico, mas também a legitimação de um saber "naïf". Apresenta como conclusão que tratar a saúde da criança enquanto objeto de estudo, não se esgota na análise das práticas dirigidas ao processo saúde-doença, mas exige novas definições paradigmáticas que efetivem o conceito de "promoção da saúde". Considera a explicitação das representações sociais dos agentes que interagem em dado processo de trabalho como elemento decisivo para a constituição, de um modelo assistencial que responda, no cotidiano dos serviços e das comunidades, às demandas da população segundo sua percepção da realidade; e ainda, que aponte necessidades específicas em função do saber técnico. Algumas premissas para a constituição de um novo modelo assistencial para a Promoção da Saúde da Criança são destacadas no capítulo final.

This research describes and analyzes the child care services rendered to promote health as seen through the social representations of mothers and professionals. The field research was carried out in two health centers, located in the Great Sao Paulo area. Forty eight interviews were analyzed using both qualitative and quantitative techniques to reconstruct the social, political, institutional and family contexts in which these representations acquired their meanings. The discussion focuses on the relationships established between practices and social representations and the outcome of which is the characterization of positions within each institution as a function of the professional representations. This in its turn opens the possibility of, not only mapping out the relationships between work teams, but also understanding the dynamics established among the different realms of professional knowledge and of these with the public. The research traces signs of exertion of symbolic violence through the daily professional work routines. It shows, on the other hand, the different absorption profiles adopted by the community in response to this type of power relationship. The analysis of data reveals that this is not just a case of hegemony of scientific and technological knowledge over common sense, but it is actually also a case of legitimation of "naive" knowledge. As a conclusion it is pointed out that, when Infant Health is considered as an object of systematic investigation, the analysis of the routines involved in the health / disease process does not exhaust the subject under enquiry; but it is also required that new paradigmatic definitions be adopted to implement the concept of "health promotion". The clarification of the social representations held by the interacting agents within a given labor process is considered decisive for the development of a welfare model which is apt to respond to the requests of the community, to take into account its perception of reality and yet to point out the specific needs in function of technical knowledge. Some assumptions for a new welfare model designed to establish a Child Health Promotion Program are stated and presented in the last chapter.

AGRADECIMENTOS	i
APRESENTAÇÃO	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
I) INTRODUÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO	1
1. A promoção da saúde da criança e sua representação	2
2. "Sistema de cuidados à criança" como campo social	11
3. Representações sociais como campo em evolução	13
4. Representações sociais e práticas cotidianas: a busca de definição	28
4.1. As representações sociais determinam as práticas	29
4.2. As práticas determinam as representações	31
4.3. A interação entre representações/práticas sociais	34
II) O PROBLEMA DO MÉTODO	41
1. A questão metodológica nos estudos de representação social	42
2. Métodos e técnicas de coleta e de análise de dados: uma revisão	45
2.1. Métodos de coleta e de análise de dados do conteúdo de uma representação	45
2.2. Métodos de identificação da organização, estrutura e orientação de uma representação	58
2.3. Métodos de controle da centralidade	79
3. Considerações gerais	82
III) A CONCEPÇÃO DA PESQUISA	85
1. Considerações teóricas e objetivos	86
2. Coleta de dados	89
3. Escolha do universo pesquisado	95
4. Método de análise de dados	97

IV) CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO	109
1. Os serviços de saúde estudados	110
1.1. UBS Salvador de Leone	110
1.2. CSE Geraldo Paula Souza	113
2. Os sujeitos estudados	119
2.1. As mães	119
2.2. Os profissionais	120
 V) DEFINIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE	 121
1. O discurso profissional	122
1.1. Composição dos “núcleos organizadores dos discursos” profissionais	122
1.2. Categorias de discurso dos profissionais	126
2. O discurso materno	133
2.1. Composição dos “núcleos organizadores dos discursos” maternos	133
2.2. Categorias de discurso materno	137
 VI. A SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS PRÁTICAS: <i>promoção e exclusão</i>	 142
1. Sobre a determinação da saúde	143
1.1. Profissionais IT	143
1.2. Profissionais GPS	144
2. A saúde da criança nas práticas maternas e familiares: a oposição entre o real e o ideal	146
2.1. Representações profissionais	146
2.1.1 Profissionais IT	146
2.1.2 Profissionais GPS	154
2.2. Representações maternas	161
2.2.1 Mães IT	163
2.2.2 Mães GPS	169
3. As práticas profissionais na saúde da criança	174
3.1. Profissionais IT	174
3.1.1 Auxiliares de Saúde e Atendentes	175
3.1.2 Médicos	178
3.1.3 Outros Profissionais com Formação Universitária	180

3.2. Profissionais GPS	184
3.2.1 Auxiliares de Saúde Pública	184
3.2.2 Médicos	187
3.2.3 Outros Profissionais com Formação Universitária	189
3.3. Enfermeiros IT e GPS	192
4. A saúde da criança nas práticas institucionais	195
4.1. Representações profissionais	195
4.1.1. Profissionais IT	195
4.1.2. Profissionais GPS	201
4.2. Representações maternas	206
4.2.1. Mães IT	206
4.2.2. Mães GPS	208
VII. ENSAIO DE INTERPRETAÇÃO	212
1. Quanto às representações sobre as práticas maternas	213
2. Quanto às práticas profissionais	219
2.1. Equipe médica ou "Equipe de Porta"	222
2.2. A Equipe de Saúde Mental	232
2.3. Os Enfermeiros	238
3. Quanto às práticas institucionais e o modelo assistencial	246
3.1. A configuração do modelo assistencial	246
3.1.1. A formação da clientela	246
3.1.2. O Programa de Saúde da Criança	253
3.1.3. O Programa de Saúde da Criança nas instituições estudadas	258
VIII. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA ASSISTENCIAL	270
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	284
X. ANEXOS	299

I. INTRODUÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

1. A saúde da criança como objeto de representação

A promoção da saúde da criança e as estratégias para a sua efetivação têm sido objeto de preocupação de diversos estudos, especialmente a partir da década de 70 quando a concepção de "programas de saúde", enquanto estratégia de intervenção dirigida a determinado grupo populacional, passa a nortear as políticas dirigidas à saúde da criança, ocupando lugar de destaque nos serviços de saúde pública. Esses estudos partiram de leituras teórico-ideológicas próprias a cada momento histórico do pensamento científico e contribuíram para o aprofundamento e evolução do "pensar a saúde da criança" que, no entanto, não foi acompanhado de mudanças no "fazer a saúde da criança".

Por outro lado, deve-se reconhecer que alguns elementos determinantes da saúde infantil não apresentam uma distribuição linear dentro de classes ou estratos sociais diferenciados, especialmente nas classes populares. Este fato está, em parte, associado a diferentes formas de apropriação das condições materiais de vida e do saber implícito ao "cuidar de crianças". Os aspectos citados vêm participando das diferentes tendências observadas nas propostas de intervenção na área.

A partir da constatação de que "o modelo de atenção à saúde em vigor, centrado na assistência individual e curativa e com ênfase no atendimento hospitalar não resolve os problemas de saúde, nem satisfaz a clientela", observa-se um movimento mundial de busca de "um paradigma mais abrangente e explicativo, que supere a concepção clínico-assistencial para a questão da saúde-doença na sociedade" (BUSS e IGNARRA, 1996, p.5). O desenho desse novo paradigma vem se dando em torno do conceito de "promoção da saúde", que passa por uma releitura considerando as particularidades das várias realidades sociais atualmente observadas em nível mundial.

Esta é, também, a situação observada na área da saúde da criança, agravada pela ausência de políticas que priorizem um enfoque multisetorial e ainda que focalizem as necessidades globais da criança como indivíduo e como pessoa integral. ⁴

A "promoção da saúde", portanto, deve ser entendida dentro da especificidade teórica que a caracteriza, não devendo ser reduzida à abordagem do processo saúde-doença, enquanto polarização conceitual. Essa especificidade teórica refere-se, dentre outras coisas, a consideração da dimensão pessoal, humana, subjetiva como elemento determinante da saúde, juntamente com as condições políticas e sociais. Conceituada como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (MINISTÉRIO, 1996, p.11), os indivíduos e grupos são vistos como co-responsáveis pela identificação e satisfação de suas próprias necessidades, e também pela modificação do meio ambiente no qual vivem.

Desta forma, a saúde deixa de ser entendida como responsabilidade exclusiva do Estado e do setor saúde, indo além da preocupação com estilos de vida saudáveis na busca de um bem estar global.

As ações de promoção da saúde, nessa perspectiva conceitual, passam a ter como finalidade a transformação dos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, de forma que contribuam para a defesa da vida. São entendidas dentro de um referencial que se amplia até as ações sobre o meio ambiente, visando assegurar um espaço favorável para a saúde; as ações que buscam o desenvolvimento das capacidades individuais, tal como a promoção da participação dos indivíduos nas ações coletivas de saúde pública; a contribuição para o desenvolvimento de novas abordagens nos serviços de saúde; na busca da redução das desigualdades e do desenvolvimento da solidariedade, dentro de um movimento que possibilite a ação crítica de uma nova saúde pública/coletiva, desenvolvida dentro de um novo quadro de significações. (OMS, 1993)

São reconhecidos, nessa nova configuração representacional, os planos individual e coletivo implicados na saúde. O desenvolvimento das capacidades individuais coloca-se como um ponto de partida para o auto-fortalecimento e, conseqüentemente, para o fortalecimento da coletividade. Os grupos étnicos, religiosos ou culturais, as associações esportivas, profissionais, artísticas ou de

consumidores, as associações de bairros e todos os agrupamentos informais de indivíduos, especificados por faixa etária ou por tipo de interesse, são os promotores ou os reais alvos das ações em favor da saúde. Reconhecer o espaço dos grupos sociais nas ações cotidianas de saúde significa um primeiro passo para promovê-la.

Os indivíduos, as associações, os profissionais de saúde e a própria municipalidade devem dividir a responsabilidade de desenvolver a promoção da saúde em todos os momentos e lugares da vida. Isto implica na criação de uma nova zona de "praxis" de saúde que comporte um amplo espaço para a inovação, para a experimentação de novas práticas de prevenção que leve em consideração o conjunto das necessidades médicas, sociais, psicológicas e econômicas dos indivíduos. Por outro lado, deve-se considerar que o "locus" para o desenvolvimento de novas abordagens para os processos de intervenção em saúde não necessita ser sempre aquele de uma estrutura tradicional de serviços de saúde. Pode-se destacar, em síntese, que é possível criar novas práticas de prevenção e de recuperação da saúde, de capacitação de recursos humanos para a saúde, práticas intersetoriais e interinstitucionais que apresentem avanços mais significativos do que os obtidos pela clássica saúde pública.

Para a viabilização dos pressupostos acima, a Organização Mundial da Saúde (1994) coloca alguns objetivos: melhorar constantemente a qualidade do meio ambiente das municipalidades; contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade solidária e que participe da vida da comunidade; reduzir as desigualdades de saúde melhorando a saúde de todos; desenvolver uma economia diversificada e inovadora; possibilitar a cada um os meios de acesso à cultura e da realização do seu potencial de criatividade .

O paradigma da promoção da saúde assenta-se, ainda, no princípio da equidade do acesso à saúde e a um estado de bem estar. Nesse aspecto, a preocupação com as relações estabelecidas entre "o pensar e o fazer a saúde", com as estratégias de intervenção e, implicitamente, com as práticas profissionais e familiares, colocam-se como elementos importantes para a definição de um modelo assistencial mais democrático na área da atenção à saúde da criança e também para a otimização das estruturas de serviços dos estados e municípios.

A busca da equidade na atenção à saúde consiste, para BUSS e IGNARRA (1996), em "eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem estar" (p. 9). A Carta de Ottawa de 1986 aborda a questão da equidade a partir de uma perspectiva totalitária, ao afirmar que esta implica em *"reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia"* (MINISTÉRIO, 1996, p.13).

As recentes discussões sobre a definição de um novo modelo assistencial enfatizam a necessidade colocada, para os serviços de saúde, de perceber e respeitar as peculiaridades culturais, a partir das necessidades individuais e coletivas. Nesse aspecto, deve-se considerar que a efetivação de qualquer direito ou política de saúde têm como um de seus pilares a constituição de uma equipe profissional crítica e consciente do seu papel enquanto sujeitos sociais; outro pilar igualmente importante é a co-responsabilização, no sentido de troca e potencialização de saberes, que deve se estabelecer entre profissionais e comunidade.

Os processos formativos e educativos em saúde partem, historicamente, de uma orientação prescritivo-pedagógica, onde as relações de poder entre agente formador e sujeito de capacitação se dão de forma hierarquizada e dicotômica, ou seja, daquele que detém o conhecimento científico para aquele que "nada sabe". Os sujeitos de capacitação são vistos como "depósitos vazios" onde se deve armazenar conhecimentos; essa posição é ainda mais evidente quando técnicos se deparam com membros da comunidade para o desenvolvimento de processos educativos em saúde.

Ao assumir a perspectiva da "promoção da saúde" enquanto elemento norteador da reorientação dos serviços, a educação para a saúde reveste-se de importância particular e pressupõe posicionamentos específicos no processo educativo, ou seja, *"a importância da participação ativa das pessoas na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver, indutoras da constituição de uma cultura da saúde. Nesse sentido, a divulgação de informações e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e para a mudança nos estilos de vida das comunidades"*. (MINISTÉRIO, 1996, p.10)

O avanço observado nos últimos anos nas reflexões sobre o tema, não se fez acompanhar, no entanto, de mudanças nas práticas dos profissionais atuantes no atendimento direto à população. Paradoxalmente, poder-se-ia afirmar que, se por um lado, a reflexão sobre as estratégias educativas na área da saúde pública/coletiva nunca foi tão rica e engajada com o pensamento social, por outro as práticas nunca foram tão conservadoras.

A partir da década de 70, alguns estudiosos passaram a se preocupar com as relações estabelecidas entre médico-paciente e serviços de saúde-usuários, abordando-a como uma relação de poder. Pesquisadores franceses, sobretudo Pierre Bourdieu, ao discorrer sobre um certo "mapeamento" da vida social, abordando os contornos das relações micro-sociais estabelecidas em determinado sistema social, definem os contornos de uma teoria das relações de poder estabelecidas entre os interlocutores do saber oficial ou científico, e aqueles que são submetidos a esse saber, e, por extensão, a esse poder. (BOURDIEU, 1972; 1989)

Ao pensar os diversos tipos de "ambientes"¹ dentro dos quais a saúde da criança, os processos de crescimento e de desenvolvimento e a própria qualidade de vida se definem, identifica-se os grupos de mães e de profissionais de saúde enquanto *atores e sujeitos sociais*, atuantes num determinado *campo social*, qual seja, a promoção da saúde da criança. Desta forma, a saúde em geral e a saúde da criança em especial, são vistas enquanto *objeto sócio-cultural* em torno do qual se estabelecem relações de conflito entre atores sociais.

BOURDIEU (1989) afirma a existência de contradições nas regras de poder estabelecidas entre os sujeitos, a partir da concepção do mundo social enquanto *"um espaço multidimensional de posições a partir das quais os grupos se definem. Os diversos campos e sub-campos que compõem o social são o lugar de luta por excelência, onde os agentes entram num jogo concorrencial a partir do capital simbólico que possuem, com o objetivo de fazer valer suas visões de mundo. O motor que faz funcionar a engrenagem social é a luta das classificações (luta pelo poder por meio do conhecimento, pelo monopólio da violência simbólica legítima)".* Afirma ainda que *"o poder simbólico é um poder invisível, o qual só pode ser*

¹ O termo está sendo aqui entendido enquanto espaços, reais ou virtuais, onde a saúde da criança se realiza, definidos em termos de ambiente físico, ambiente relacional e ambiente social, enquanto sistemas interdependentes. (SIQUEIRA e cols., 1993)

exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem" (p.7,8).

Em trabalho realizado anteriormente, buscando caracterizar as representações de profissionais e de mães sobre o desenvolvimento infantil e confrontar tais representações enquanto formas específicas de conhecimento, foi possível observar que o poder tem uma distribuição dispersa no interior do "sistema de cuidados de promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança", tendo em vista as especificidades das diferentes práticas envolvidas no processo. Observou-se a não configuração de uma força que detenha o "monopólio da violência simbólica legítima", conforme Bourdieu, capaz de colocar no saber técnico-profissional o saber por excelência. (OLIVEIRA, 1991a)

Ao adotar um paradigma fundamentado na participação e na auto-determinação comunitária, é fundamental considerar as regras às quais as relações sociais estão submetidas. A perspectiva habitualmente adotada nas práticas educativas em saúde, parte de premissas que ignoram posições segundo as quais todos os indivíduos são construtores de conhecimento a partir das experiências vivenciadas no seu cotidiano; esse conhecimento pode estar organizado ou não, aproximar-se mais ou menos do conhecimento científico, mas manifesta-se de forma marcante no embate diário entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Cabe ao agente capacitador, dentro dessa nova perspectiva, recuperar as experiências existentes no grupo, organizá-las e complementá-las a partir da sua própria gama de informações reconstituindo, na ação educativa, três níveis da realidade: o *real*, o *imaginário* e o *simbólico* do sujeito capacitado, possibilitando a construção conjunta de um outro plano dessa trama que pode ser denominado de *universo possível*. Esse último plano de construção, resulta da transformação do real pela confrontação do plano ideal com as condições objetivas existentes. Os universos imaginário e simbólico expressam-se, neste trabalho, pelas representações construídas a partir das vivências individuais e coletivas dos sujeitos estudados.

No que se refere à saúde da criança essa postura é fundamental, uma vez que envolve o confronto do saber tido como hegemônico, ou seja, aquele que mais se aproxima do conhecimento científico, com hábitos de vida, culturas e crenças díspares, aqui entendidas enquanto componentes do saber do senso comum. É dentro dessa perspectiva que se coloca este trabalho.

Conforme discutido em trabalho anterior (OLIVEIRA, 1991b), a área de Saúde Materno-Infantil tem tido dificuldades em abordar a questão da saúde da criança como objeto único de conhecimento, apresentando propostas de intervenção que fragmentam a criança em unidades biológicas e/ou psicológicas e ainda, que ignoram seus principais interlocutores, as famílias e os profissionais da área. Saber como esses dois grupos se opõem e se confrontam num determinado processo de relação constitutivo da promoção da saúde da criança, apresenta-se como uma proposta de estudo pertinente num momento histórico no qual respostas tecnicistas de atenção à saúde ganham força e se afirmam em termos paradigmáticos.

As práticas profissionais e familiares, resgatadas a partir das representações que as sustentam, apresenta-se como área profícua de estudo, tanto para a busca de diretrizes para as políticas de capacitação de recursos humanos e para os processos de educação comunitária, quanto para fornecer elementos para o re-pensar dos modelos assistenciais em Saúde Coletiva e Saúde Pública.

Enquanto expressões do conhecimento do senso comum, as práticas maternas se inscrevem num campo de forças representacionais, levando-as a uma relação potencial de conflito, que pode ou não se estabelecer entre população usuária e serviços. Essa hipótese será objeto de discussão em função dos resultados obtidos.

Na medida que se constata que tanto a população quanto os profissionais têm representações próprias a respeito do que seja a "promoção da saúde da criança", e que essas representações são expressas nas práticas das famílias e dos profissionais, considera-se que as ações institucionais tradicionais persistem por não se contemplar a subjetividade própria desse campo de relações. Os contornos de uma nova "praxis", portanto, devem se estabelecer no sentido de incorporar a ambigüidade presente nos diversos níveis do conhecimento envolvidos nas práticas dirigidas à criança, como forma de oposição à segmentação e busca de uma prática que recupere a criança em sua totalidade bio-psico-sócio-cultural.

Dado a existência de campos sociais distintos dentro dos quais a vida social se organiza, conforme destacado por Bourdieu, deve-se considerar que as *práticas de promoção da saúde da criança também se dão em campos sociais onde relações de contradição e poder se estabelecem*. São alguns desses campos a família, os serviços de saúde, os equipamentos educacionais

e de guarda de crianças. Nesses campos específicos são construídas representações que, em certa medida, guardam especificidades em função do campo e da posição que ocupam.

Finalmente, a importância do estudo das representações sociais sobre a promoção da saúde da criança encontra suporte na constatação feita por GONÇALVES (1986) ao afirmar que *"a promoção da saúde da criança vem sendo incorporada pelo setor saúde segundo a lógica do processo de trabalho na área - uma queixa à qual corresponde uma ação terapêutica"*, ignorando seu objeto último de atenção, qual seja, a criança. Pode-se avançar nessas reflexões ao considerar que o que está em jogo é o embate de representações técnicas com representações do senso comum sobre um mesmo objeto - a criança - assim considerado (como objeto) nas práticas cotidianas.

Adota-se como premissa de trabalho que os processos de intervenção que visam a promoção da saúde da criança, na atualidade, assentam-se sobre uma idéia básica, segundo a qual cabe aos profissionais prescrever aos usuários dos serviços - medicamentos, condutas, valores - e a estes, por sua vez, cabe a incorporação de tais prescrições e o seu cumprimento.

No presente trabalho propõe-se reconstituir, passo a passo, o conjunto de elementos que compõem a relação estabelecida entre profissionais da área de saúde da criança e as mães usuárias dos serviços, no espaço concreto das instituições de saúde. Uma segunda tarefa considerada igualmente importante é a descrição das representações naquilo que elas revelam o cotidiano das práticas profissionais e das práticas maternas, buscando uma caracterização empírica do objeto de estudo.

Entendendo a relação estabelecida entre profissional de saúde e cliente como uma forma concreta de relação social, admite-se a existência de várias modalidades de relação profissional-cliente. Isto porque, esse tipo de relação, apresenta peculiaridades próprias na medida em que se realiza em instituições particulares, é mediatizada por uma determinada forma de saber, supostamente portado por apenas um dos elementos. Ainda é mascarada pela neutralidade e "cientificidade" associadas à prática profissional, enquanto o exercício de técnicas que tem como objetivos a recuperação e a promoção da saúde. Assim, a compreensão das especificidades dessa relação possibilita, ao mesmo tempo, a apreensão do modo como se concretizam as relações entre

a instituição e a clientela, bem como, as diferentes formas de construção e reconstrução dos modelos assistenciais.

Pretende-se, portanto, analisar as representações sociais acerca da realidade objetivada nas práticas profissionais e familiares e também a auto-representação permitindo, desta forma, explorar de duplo modo a dimensão subjetiva da atenção à saúde da criança. Buscar-se-á, ainda, analisar o grau de coerência entre os dois grupos estudados e o processo de violência simbólica consubstanciado nas práticas profissionais cotidianas das unidades básicas de saúde.

2. "Sistema de cuidados à criança" como campo social

Parte-se, nesta análise, do entendimento da saúde enquanto objeto cultural em torno do qual se dá o conflito entre atores sociais. A incorporação do conceito de *campo social* de BOURDIEU (1983, 1989) a este trabalho, repousa sobre a idéia básica que o caracteriza como um sistema de oposições, no interior do qual diferentes atores sociais se colocam em relações recíprocas e contraditórias.

Conforme destacado, em trabalho anterior a autora considerou como sendo um "sistema de cuidados", a promoção do crescimento e do desenvolvimento de crianças, conferindo o "status" de *campo social* às práticas relativas a esse sistema. O seu conteúdo é composto por discursos e ações que expressam, em suma, as representações e as práticas sobre a promoção da saúde da criança.

São considerados como "loci" ou espaços institucionais desse sistema, as Unidades de Saúde e as famílias, e são atores preferenciais, os profissionais de saúde, as mães, as famílias e as próprias crianças.

Configura-se, assim, um espaço complexo que é caracterizado por um determinado "*campo representacional de forças*" que, na qualidade de espaço investido de sentido, interfere, circunscreve e delimita a ocorrência de perfis de saúde particulares. O campo social, no caso o sistema de cuidados à criança, é um lugar de embate entre atores, onde cada um define certo *capital simbólico* que pode permitir o exercício de um certo grau de *violência simbólica* sobre aquele menos capitalizado simbolicamente e que, portanto, detém menor poder no campo. Tal embate, no entanto, não se dá a partir de um movimento individual e consciente, mas dentro de um mecanismo social no qual "*o poder simbólico é um poder invisível, que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que estão sujeitos a ele ou mesmo que o exercem*". (BOURDIEU, 1989, p.7, 8)

Considerando como quadro de referência a teoria de campo social de Bourdieu adotou-se, em trabalho anterior, a hipótese segundo a qual o *poder tem uma distribuição diluída e dispersa no interior do sistema de cuidados de promoção do crescimento e desenvolvimento*, tendo em vista a diversidade das práticas envolvidas nesses processos, e ainda a complexidade das relações

estabelecidas. Observou-se, através da análise das representações sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil, que não se configura, nesse campo, uma força que detenha o monopólio da violência simbólica legítima, capaz de colocar no saber técnico-profissional (e por extensão no científico) o saber por excelência. (OLIVEIRA, 1991b)

O conceito de representação social, enquanto ferramenta para a compreensão do *sistema de cuidados e de promoção da saúde da criança*, apóia-se na necessidade de recuperar o plano simbólico das práticas dos atores sociais envolvidos com o objeto de estudo; e na necessidade de explicitação dos termos do conflito existente entre população usuária dos serviços de saúde e profissionais revelando, assim, facetas da trama social descrita por Bourdieu.

A escolha desse conceito como diretriz de análise do tema fundamenta-se, ainda, no pressuposto da existência de relações complementares e também conflitantes entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento técnico/científico produzido na área. Donde se deriva uma situação tensional permanente entre representações e práticas. no núcleo da problemática da intervenção sobre a saúde da criança no campo da Saúde Pública/Coletiva

3. Representações sociais como campo em evolução

A noção de representação social, adotada neste trabalho, corresponde à teoria elaborada por S. Moscovici em 1961. Durante muito tempo reconhecida e restrita à área da Psicologia Social, essa teoria passou a constituir-se em referência para diversas outras áreas das Ciências Sociais assim como para a área da Saúde, em especial da Saúde Pública/Coletiva, como pode ser constatado em trabalhos de historiadores, sociólogos, antropólogos, economistas e de sanitaristas, confirmando a sua importância para a análise dos fenômenos sociais.

O estudo das representações sociais possibilita um contexto de análise e de interpretação, que permite compreender a interação entre o universo individual e as condições sociais nas quais os atores sociais interagem. Permite, ainda, compreender os processos que intervêm na adaptação sócio-cognitiva dos indivíduos às realidades cotidianas e ao seu ambiente social e ideológico.

Mesmo comportando grande diversidade na sua conceituação e pressupostos específicos em cada uma das áreas, optou-se pelo paradigma estabelecido pela Psicologia Social, associado ao suporte teórico complementar da Sociologia, representada por P. Bourdieu, dando continuidade ao trabalho desenvolvido pela autora anteriormente.

Algumas considerações sobre os pressupostos utilizados neste trabalho talvez sejam elucidativas para a compreensão do estudo.

As concepções de representação nas diversas áreas de estudo não apresentam o mesmo "status" nem a mesma abrangência conceitual. Para EHRLICH (1985), há unicidade quanto à utilidade da noção de representação em Psicologia, mas muita diversidade quanto à conceituação.

ABRIC (1994) destaca que o sucesso dessa teoria assenta-se sobre o renascimento do interesse pelos fenômenos coletivos, e, mais precisamente, sobre as regras que regem o pensamento social. O estudo do pensamento "puro", do "senso comum", ou mais precisamente da "visão de mundo" que os indivíduos e os grupos constroem e utilizam para agir e para tomar decisões, é reconhecido como indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e ainda para buscar os determinantes das práticas sociais.

Numa primeira tentativa de definição, as representações são concebidas como uma construção mental relativa a um objeto, um conjunto organizado de informações, de conhecimentos, de idéias, de atributos relativos a esse objeto. Inclui-se na representação, igualmente, os sentimentos que acompanham a tomada de consciência das propriedades do objeto, sejam sentimentos relativos ao objeto global ou sentimentos relativos a alguns dos seus traços ou algumas das suas propriedades (HUTEAU, 1982). Nessa postura, destacam-se os elementos afetivos como constituintes das representações sociais, opondo-se às posturas cognitivistas que destacam o papel da formalização do pensamento nas mesmas.

POMEGEOT e SCHREIBER (1978) concordam com a mesma posição ao destacar que toda representação "comporta elementos intelectuais, que são a consciência e o modo de organização dos fatos, e elementos de natureza afetiva, tais como a atitude e os valores, pois os elementos cognitivos não são neutros, eles têm um significado [particular] para quem os avalia". (p.245-62)

Tais afirmações fundamentam uma determinada posição segundo a qual, ao analisar um constructo mental e social como as representações, deve-se considerar o conjunto de idéias, atitudes, valores e de conhecimentos elaborados pelo grupo social e retraduzidos pelo indivíduo na sua experiência particular.

ABRIC (1987) avança nas tentativas de uma melhor definição para o conceito, destacando a subjetividade e o caráter social das representações, ao afirmar que entende-se por *"representações sociais o conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade"*. (p. 64)

DOISE (1986, 1989a,b, 1990) destaca-se por ter apresentado diversos esforços para descrever as principais características das representações sociais e também para estabelecer um conceito. Na obra de 1992, DOISE afirma que "a teoria de representação social foi construída sobre as noções de sistema e de metasistema, bem antes do aparecimento do pensamento sistêmico". Ao analisar o pensamento de Moscovici quanto à Psicanálise, DOISE destaca que o autor observou características similares entre o pensamento adulto e o pensamento infantil, ao afirmar que: "Esses dois modos de pensar utilizam informações fragmentadas, tirando conclusões gerais de observações particulares, elas fazem

prevalecer as conclusões sobre as premissas, baseando argumentos de causalidade sobre associações de natureza avaliativa, e ainda recorrem a numerosas redundâncias bem mais lexicais do que sintáticas” (DOISE, 1992, p.13).

Instigado por essas semelhanças, MOSCOVICI (1976) questiona as ligações entre o pensamento infantil e as características cognitivas das representações sociais: “O sistema cognitivo da representação social apresenta-se como tal porque nossa razão advém de organizações intelectuais próprias a uma idade mais precoce? Ou será ele assim porque corresponde a uma situação e a uma interação coletivas as quais ele é adaptado?”. (p.284)

Ainda na mesma obra, o autor afirma que no pensamento infantil, como no pensamento do adulto, intervém dois sistemas cognitivos que estão na base de suas características comuns: “...podemos observar a construção de dois sistemas cognitivos, um que precede as associações, inclusões, discriminações, deduções, ou seja, o sistema operatório, e outro que controla, verifica, seleciona com a ajuda de regras, lógicas ou não; trata-se de um conjunto de metasistemas que retrabalha a matéria produzida pelo primeiro.” (p. 254)

Destaca DOISE (1992) que é a *“análise das regulações efetuadas pelo metasistema social no sistema cognitivo que constitui o estudo propriamente dito das representações sociais, desde que suas ligações com as posições específicas num conjunto de relações sociais sejam explicitadas. Segundo essas posições, os princípios organizadores do metasistema variam; eles podem, por exemplo, exigir uma aplicação rigorosa de princípios lógicos através de um trabalho científico, ou visar, sobretudo, a defesa da coesão do grupo quando em conflito com um outro grupo. Nos dois casos o funcionamento cognitivo, como é entendido habitualmente ou como o entendem os autores que trabalham sobre a cognição social é, com efeito, regido por regulações sociais diferentes, por relações normativas que controlam, verificam, dirigem as operações cognitivas”*. (p. 13)

Ao destacar as estruturas cognitivas como centrais na construção das representações, o autor indaga sobre a importância do estudo dos laços entre regulações sociais e funcionamentos cognitivos para responder à questão: quais as regulações sociais que atualizam quais funcionamentos cognitivos em quais contextos específicos? Tal questionamento possibilita a afirmação de que os contextos e as regulações sociais referem-se ao espaço vivencial, propriamente dito, onde as representações são construídas.

SPINK (1989)², ao referir-se ao processo de construção das representações, assinala que "o caráter social dos conteúdos das representações torna imperativo que estas sejam remetidas às condições e ao contexto nos quais surgem, às comunicações mediante as quais são veiculadas e às funções a que servem na interação com o mundo social".

Dentro deste contexto, é preciso diferenciar dois enfoques na análise dos fundamentos sociais das representações, um que as definem enquanto campo socialmente estruturado e outro que os visualiza enquanto núcleo estruturante da ação.

A representação enquanto campo socialmente estruturado implica em conceber as experiências individuais como decorrentes da realidade social vivenciada pelo sujeito da ação social, realidade esta que se expressa em campos sociais delimitados, tais como, família, categoria profissional, facção política, etc. Implica, ainda, em que as condições sociais de inserção desses sujeitos determinam suas representações e os discursos que as veiculam.

Já, ao considerar as representações sociais enquanto núcleo estruturante das ações, afirma-se que o sujeito é produtor de sentido, ou seja, que expressa, em suas representações, o sentido que dá a sua experiência no mundo social. As representações são vistas aqui como uma forma de discurso e de conhecimento, cujas propriedades sociais derivam da situação de comunicação, do lugar social a partir do qual os sujeitos falam e da finalidade do seu discurso. (JODELET, 1986)

Ainda para a mesma autora, as representações sociais, dentro de uma visão menos polarizada, podem ser vistas enquanto elemento facilitador das relações sociais, ou seja, o desenvolvimento das interações entre os grupos modifica as representações que os membros formam de si próprios, de seu grupo social, de outros grupos e de seus membros. Mobiliza uma atividade representativa destinada a regular, antecipar e justificar as relações sociais estabelecidas.

Conforme será discutido no capítulo seguinte, as posições teóricas que buscam explicar as relações entre práticas e representações, ato e pensamento, concretude e subjetividade, não são consensuais; porém

² SPINK, M.J.P. As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área de saúde. (aula ministrada no curso "Trabalhando com os conceitos de coletivo, representação social, participação e cidadania em saúde"), 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 3º Congresso Paulista de Saúde Pública. ABRASCO/APSP; 3-7 jul, São Paulo, 1989.

caminham, na atualidade, para uma posição menos ortodoxa, segundo a qual representações e práticas estão intimamente imbricadas, dentro de um sistema dialético de relações.

Para melhor compreender a teoria de representação social, faz-se necessário destacar três fases que envolvem sua constituição, descritas por MOSCOVICI (1961), a formação do *núcleo de imagem*; a implantação de um *instrumento de categorização*; e a atividade do modelo que serve para *dirigir a conduta e para dar um sentido aos acontecimentos*. Essas etapas se expressam através de dois processos centrais que explicam o funcionamento das representações: os *processos de objetivação e de ancoragem*.

A *objetivação* torna concreto o que é abstrato, opera a transformação de um conceito em algo concreto, quase físico, transforma a relatividade do saber científico em "imagem de uma coisa", reduz, em suma, a distância entre os conceitos científicos e a expressão do real.

É importante destacar que se trata de um processo que acompanha a divulgação dos resultados científicos, daí a importância de ter-se isso em conta no ensino formal. Sobre este aspecto, pode-se pensar que as noções de atitude e de cognição, como entidades inscritas no indivíduo, ao lado de sua larga utilização, são elas próprias resultados das objetivações. (ROQUEPLO, 1974)

No entanto, o mais importante para o propósito atual é a análise da função social da objetivação. Para alguns, ela facilita a comunicação, o que é da maior importância para tecer as ligações sociais; porém, esse processo dá-se pela dissociação de um conceito ou de um enunciado dentro de um quadro conceitual científico ou ideológico que dá seu sentido completo. *"Tudo se passa como se o senso comum não tolerasse a existência de uma ligação entre os elementos de saberes que ele assimila e os sistemas de saberes de uma outra ordem" necessitando, portanto, de uma retradução, que é incorporada pelo indivíduo como produção própria* (DOISE, 1992, p.14).

O segundo processo, a *ancoragem*, consiste na incorporação de novos elementos de saber dentro de um conjunto de categorias mais familiares, ou seja, trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e nomeado. É o pré-julgamento do fato ou, conforme afirma MOSCOVICI (1981), *"tudo o que permanece sem classificação e não rotulado parece não existente, estranho e assim ameaçador,... [por isso] representação é*

basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos". (p.193)

Para que a ancoragem ocorra a memória lança-se mão de um mecanismo de escolha dentre vários nela existentes. Assim é estabelecida uma relação dialética entre o positivo e o negativo, resultado que permitirá a classificação imaginária de um fato, um fenômeno ou uma ação. De outro lado, é indispensável estudar a ancoragem das atitudes e da cognição no contexto particular do campo social que as gera caso se pretenda estudá-las como representações sociais.

As duas dinâmicas, a objetivação e a ancoragem, são aparentemente opostas: uma visa criar verdades evidentes para todos e independentes de todo determinismo social e psicológico, a outra desenha, ao contrário, a intervenção de tais determinismos na sua gênese e transformação. Por isto, os estudos de representação social não podem consistir somente na recuperação dos saberes comuns, eles devem também ocupar-se das modulações em função de sua imbricação específica dentro de um sistema de regulações simbólicas. Essa afirmação deriva de uma concepção específica de representação, que amplia e complementa as concepções apresentadas, segundo a qual *"as representações sociais são princípios geradores de tomada de posição"³ que estão ligados à inserções específicas em um conjunto de relações sociais, organizando os processos simbólicos que intervêm nessas relações"* (DOISE, 1986, p.85).

ABRIC (1994) discute um aspecto importante relativo à teoria das representações sociais, qual seja, a sua constituição na relação entre sujeito e objeto. Afirma o autor que o ponto de início da teoria de representação é o abandono da distinção clássica entre o sujeito e o objeto. A esse respeito MOSCOVICI (1969) afirma que *"não existe divisão entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo ou do grupo... o indivíduo e o objeto [portanto] não são essencialmente distintos". (p.9)*

Para o mesmo autor, o objeto não existe por si próprio, mas sim para um indivíduo ou um grupo e em relação a eles. É, portanto, *"a relação estabelecida entre indivíduo e objeto que determina o objeto em si. Uma representação é sempre representação de alguma coisa para alguém, e essa ligação com o objeto é uma*

³ Grifo nosso. O termo original em francês é "prise de position", para o qual adotou-se o correspondente em português "tomada de posição"; apesar de tal termo não ser usual na nossa língua, destaca-se no seu sentido a posição ativa do indivíduo nas relações sociais cotidianas, o seu posicionamento diante dos fatos e dos outros indivíduos, a tomada de decisões, enfim as escolhas e os comportamentos decorrentes das mesmas.

parte intrínseca da ligação social e deve ser interpretada neste contexto", a representação é vista, sob este prisma, como uma expressão concreta do universo social (MOSCOVICI, 1986, p.71).

Esta hipótese, o abandono da divisão indivíduo-objeto, leva a atribuir um novo significado ao que se convencionou chamar de realidade objetiva, definida pelos componentes objetivos da situação e do objeto. Parte-se, nessa perspectiva, da hipótese de que não existe, a priori, realidade objetiva, mas que toda realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada ao seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido. E é essa realidade apropriada e reestruturada que constitui a própria realidade para o indivíduo e para o grupo. Toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas o é também de um indivíduo. Essa representação possibilita a reestruturação da realidade de modo a permitir uma integração simultânea das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do indivíduo e do seu sistema de atitudes e de normas. Deve-se reconhecer, nessa abordagem das representações, *uma certa visão funcional do mundo uma vez que permitirla, ao indivíduo e ao grupo, dar um sentido às suas condutas e a compreensão da realidade através do seu próprio sistema de referências, portanto adaptar-se ao mesmo e posicionar-se.*

Vista desta forma, a representação é *"uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um alcance prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"* (JODELET, 1989a, p.36). Ela é, ao mesmo tempo, *"o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual ele é confrontado e atribui a ele um significado específico"* (ABRIC, 1987, p.64). A representação não é, portanto, um simples reflexo da realidade, ela é uma organização significativa que depende, ao mesmo tempo, de fatores contingentes - natureza e dificuldades colocadas pela situação, contexto imediato, finalidade da situação - e de fatores mais gerais que ultrapassam a própria situação - contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, história do indivíduo e do grupo, relações de poder socialmente estabelecidas.

A representação funciona como *um sistema de interpretação da realidade* que rege as relações dos indivíduos com seu ambiente físico e social determinando, desta forma, suas práticas; pode-se caracteriza-la ainda como

um *guia para a ação*, uma vez que ela orienta as ações e as relações sociais; finalmente, deve-se considerá-la como um sistema de pré-decodificação da realidade, porque ela determina um conjunto de *antecipações e de expectativas*

Vale destacar que um dos componentes fundamentais da representação é seu significado e que este é duplamente determinado. Primeiramente, pelo *contexto discursivo*, ou seja, pela natureza das condições de produção do discurso, a partir do qual uma representação vai ser formulada ou descoberta. Na medida em que são as produções discursivas que dão acesso às representações, é necessário analisar suas condições de produção além de levar em conta que a representação coletada é produzida numa dada situação (GRIZE e cols., 1987), e ainda que o significado desta representação social dependerá, pelo menos em parte, das relações concretas que decorrem dessa interação. (MUGNY e CARUGATI, 1985)

Em segundo lugar, pelo *contexto social*, ou seja, o contexto ideológico e o lugar ocupado pelo indivíduo e pelo grupo no sistema social. Afirma DOISE (1992) que “o significado de uma representação social está sempre baseado ou ancorado em significados mais gerais intervindo nas relações simbólicas próprias a um campo social dado”. (p.189)

Partindo do pressuposto de que as representações estabelecem um papel fundamental nas práticas e na dinâmica das relações sociais, cabe questionar sobre quais são suas funções específicas. ABRIC (1994) define como sendo quatro essas funções: *função de saber*, uma vez que elas permitem compreender e explicar a realidade; *função de identidade*, uma vez que elas definem a identidade e permitem salvaguardar da especificidade dos grupos; *função de orientação*, já que elas guiam os comportamentos e as práticas; e *função de justificação*, dado que elas permitem justificar, a posteriori, os posicionamentos e os comportamentos.

Para o interesse mais direto deste trabalho deve-se destacar que, enquanto saber prático do senso comum, conforme afirma Moscovici, as representações permitem, aos atores sociais, adquirirem conhecimentos e integrá-los num contexto assimilável e compreensível, em coerência com seu funcionamento cognitivo e com os valores aos quais eles aderem. Por outro lado, elas facilitam e são a condição necessária à comunicação social. Elas definem o contexto de referência comum que permite a troca social, a transmissão e a difusão desse

saber “puro”⁴, ou primariamente construído. Por outro lado, a função de identidade remete ao fato de que *“as representações têm também como função situar os indivíduos e os grupos no campo social [permitindo] a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, isto é, compatível com os sistemas de normas e de valores socialmente e historicamente determinados”* (MUGNY e CARUGATI, 1985, p.183).

Assim, em situações de comparação social, a representação do próprio grupo está sempre marcada por uma super avaliação de algumas das suas características ou das suas produções, com o objetivo de salvaguardar uma imagem positiva do grupo. Esta característica aponta para a necessidade de cuidados especiais para análises de auto e hetero imagem, como é o caso deste trabalho. A referência a representações que definem a identidade de um grupo vai desempenhar um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um dos seus membros, em particular nos processos de socialização.

Por outro lado, o sistema de pré-decodificação da realidade faz da representação social um guia para a ação. A representação intervém na definição da finalidade da situação podendo determinar, a priori, os tipos de reações que interessam para o indivíduo; ainda, nas situações que implicam na realização de uma tarefa, determina o tipo de argumentação cognitiva a ser adotada. A representação produz, também, um sistema de antecipações e de expectativas agindo sobre a realidade através da seleção e da filtragem de informações e de interpretações tornando assim a realidade idêntica à representação. Desta forma a representação, não depende do desenrolar de uma interação, ela a precede e a determina. A existência de uma representação da situação preliminar à interação faz com que os “jogos” sejam feitos com antecedência, as conclusões sejam estabelecidas antes mesmo que a ação comece. Esta função da representação tem implicações importantes para o seu uso na análise de práticas de sujeitos sociais, uma vez que, quando associada ao conceito de “contradição”, as representações podem servir como um guia para a compreensão e identificação das linhas divisórias entre o “discurso aprendido” e as concepções interiorizadas pelos sujeitos.

A representação social, ou seja, enquanto tal reflete a natureza das regras e das ligações sociais, portanto ela é prescritiva de comportamentos e de

⁴ O termo originalmente utilizado em francês é “naïf”, de difícil associação semântica com qualquer outro em português. Optou-se pelo termo “puro”, uma vez que a palavra “primitivo” poderia dar margem a conotações valorativas.

práticas, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em dado contexto social.

Quanto à função de justificação, as representações intergrupais tem como função essencial justificar os comportamentos adotados frente a um outro grupo. Em função da natureza das relações mantidas com este grupo e suas evoluções, constata-se que as representações do outro grupo evoluem. Assim, em situação de relações competitivas vão ser elaboradas representações do grupo adverso, visando atribuir-lhe características que justifiquem um comportamento hostil a seu respeito. Portanto, neste caso, a representação é determinada pela prática das relações. Deste ponto de vista, aparece um novo papel das representações, o da manutenção ou do reforço da posição social do grupo em questão. A representação, ainda, atua para perpetuar e justificar a diferenciação social, ela pode visar a discriminação ou a manutenção de uma distância social entre os grupos.

A análise das funções das representações sociais demonstra bem como elas são indispensáveis na compreensão da dinâmica social. A representação é informativa e explicativa da natureza das ligações sociais, intra e intergrupos, e das relações dos indivíduos com seu ambiente social. Por isso, ela é um elemento essencial na compreensão dos determinantes dos comportamentos e das práticas sociais. Por suas funções de elaboração de um sentido comum, de construção da identidade social, pelas expectativas e antecipações que gera, ela está na origem das práticas sociais. Por suas funções justificadoras, adaptadoras e de diferenciação social, ela depende das circunstâncias externas e das próprias práticas, ela é modulada ou induzida pelas práticas. Dessa forma se revela um duplo sistema de determinação entre representações sociais e práticas.

Considerando que a representação é constituída por um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes à respeito de um assunto dado, conjunto esse de elementos que é organizado e estruturado, a análise de uma representação e a compreensão do seu funcionamento requerem, portanto, uma dupla identificação, do seu conteúdo e da sua estrutura. Os elementos constitutivos de uma representação são hierarquizados, afetados por uma ponderação e mantêm entre si relações que determinam o significado e o lugar que eles ocupam no sistema representacional.

A maioria dos autores considera a representação como um conjunto organizado, no entanto, ABRIC (1976, 1987, 1994) propõe uma hipótese sobre essa organização interna: a hipótese do *núcleo central*. Segundo o autor, a organização de uma representação apresenta uma modalidade particular, específica; não somente os elementos da representação são hierarquizados, mas toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído por um ou vários elementos que dão significado à representação; esse núcleo central é o elemento fundamental da representação porque é ele que determina, ao mesmo tempo, o significado e a organização da representação.

O núcleo central - núcleo estruturante ou núcleo duro - de uma representação exerce duas funções essenciais: *uma função geradora*, uma vez que ele é o elemento através do qual se cria ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação, ou seja, é através dele que os elementos assumem um sentido, um valor; e *uma função organizadora*, já que ele determina a natureza das ligações estabelecidas entre os elementos da representação, apresentando-se como elemento unificador e estabilizador da representação. Quanto à análise da centralidade de um elemento, esta não pode ser relacionada unicamente a uma dimensão quantitativa, ao contrário, o núcleo central tem antes de tudo uma dimensão qualitativa.

Os *elementos periféricos* também constitutivos da representação se organizam em torno do núcleo central, que "constituem o essencial do conteúdo da representação, sua parte mais acessível, mas também mais viva e mais concreta. Eles incluem informações separadas, selecionadas e interpretadas, julgamentos formulados sobre o objeto e o seu ambiente, estereótipos e crenças. Esses elementos são hierarquizados, ou seja, podem estar mais ou menos próximos dos elementos centrais: próximos do núcleo central, eles desempenham um papel importante na concretização do significado da representação; mais distantes eles ilustram, explicitam, ou justificam este significado. Se os elementos centrais constituem a pedra angular da representação, nada impede que os elementos periféricos desempenhem um papel essencial na representação. Eles constituem, de fato, a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual se elabora ou funciona a representação" (ABRIC, 1994, p. 25).

As representações e seus dois componentes, núcleo central e elementos periféricos, funcionam como uma entidade onde cada parte tem um papel

específico, mas complementar ao outro, ou seja, sua organização e seu funcionamento são regidos por um duplo sistema. O *sistema central* (o núcleo central), cuja determinação é essencialmente social, ligada às condições históricas, sociológicas e ideológica; diretamente associado aos valores e às normas. Ele define os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações. É a base comum, propriamente social e coletiva, que define a homogeneidade de um grupo, através de comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios. Ele desempenha um papel essencial na estabilidade e na coerência da representação; ele assegura sua perenidade, a manutenção no tempo; se inscreve na duração e é a partir daí que ele evolui de maneira muito lenta. Ele é, ainda, relativamente independente do contexto imediato no qual o indivíduo utiliza ou verbaliza suas representações; sua origem está no contexto global, histórico, social, ideológico, que define as normas e os valores dos indivíduos e dos grupos num dado sistema social. (ABRIC, 1992)

O *sistema periférico*, cuja determinação é mais individualizada e contextualizada, está muito mais associado às características individuais e ao contexto imediato no qual os indivíduos vivem. Este sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração de experiências cotidianas; permite ainda modulações pessoais em relação a um núcleo central comum, gerando *representações sociais individualizadas*. Muito mais flexível do que o sistema central, ele o protege de certa forma, permitindo-lhe integrar as informações, mesmo decorrentes de práticas diferenciadas; ele permite a aceitação de uma certa heterogeneidade de conteúdo e de comportamento no sistema de representação. Este sistema periférico não é, portanto, um elemento menor da representação, ao contrário, fundamental porque, associado ao sistema central, permite a ancoragem na realidade. Ele pode constituir-se num indicador muito forte das modificações futuras da representação, num sintoma indiscutível de uma evolução nas situações ou indicar que a representação está em transformação. (ABRIC, 1994)

É a existência deste duplo sistema que permite compreender algumas características essenciais das representações sociais que poderiam parecer contraditórias. Elas são, ao mesmo tempo, estáveis e mutantes, rígidas e flexíveis; estáveis e rígidas porque determinadas por um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores compartilhado pelos membros do grupo; mutantes e flexíveis porque alimentadas por experiências individuais, elas integram os dados do vivido e da situação específica, e a evolução de relações

e de práticas sociais nas quais os indivíduos e os grupos se inserem. Por outro lado, as representações sociais são, ao mesmo tempo, consensuais e marcadas por fortes diferenças interindividuais, pois, como observa DOISE (1985) *"a identidade dos princípios de regulação não impede em nada a diversidade das tomadas de posição que se manifesta através de atitudes e opiniões... Uma multiplicidade aparente de tomadas de posição... (pode ser) ...produzida a partir de princípios organizadores comuns"* (p.250). O estudo das representações deve, portanto, levar em conta as diferenças interindividuais, mas deve também permitir descobrir se essas diferenças são essenciais, ou seja, baseiam-se sobre divergências fundamentais sobre seu significado profundo e central, ou se elas manifestam apreensões do mundo diferentes mas que não tratam do essencial.

Acredita-se que a homogeneidade de uma população ou grupo não é definida pelos consensos entre seus membros, mas pelo fato de que sua representação se organiza ao redor do mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador do significado que eles dão à situação ou ao objeto com os quais eles são confrontados.

Nessa medida, a definição do objeto de representação coloca-se novamente como fundamental. No caso específico deste estudo, *a atenção à saúde da criança é o elemento comum, uma vez que encontra-se corporificado no cotidiano das mães e dos profissionais de saúde, constituindo-se, desta forma, em objeto de representação.*

Os conceitos discutidos até aqui expressam o pensamento da Psicologia Social sobre o tema, no entanto, WESTPHAL (1992) afirma que alguns autores, na busca de uma crítica a esse paradigma epistemológico, afirmam que o salto qualitativo em relação ao conceito de representação social vai ser dado pelos pressupostos do marxismo, por permitir superar os elementos cognitivos e de uma concepção restrita do "social" associados aos conceitos discutidos. Essa vertente de explicação considera as representações sociais como expressão das contradições sociais, o que não as diferenciava sobremaneira das concepções anteriores, uma vez que incluem as contradições enquanto elemento intrínseco da representação. A visão marxista das representações parte do princípio de que estas revelam a realidade social na qual foram construídas, expressam a consciência desta realidade, do modo de vida em grupos diferenciados, numa sociedade capitalista dividida em classes sociais. JODELET (1986) reconhece que o marxismo do tipo mecanicista, que privilegia os fatores relativos à infra-

estrutura, estigmatizando os estudos voltados à relação entre infra e super-estrutura como produtos do Idealismo burguês, não estimulou os estudos sobre representação social.

Dessa forma, a revitalização do interesse pelas representações sociais ocorreu juntamente com o desenvolvimento da corrente marxista althusseriana que postulava a autonomia da instância ideológica, da qual emergem as representações, e o caráter material da prática ideológica - o efeito de conhecimento que ela produz (WESTPHAL, 1992). As representações passaram a ser vistas, assim, como o meio através do qual a subjetividade e, portanto, as determinações micro-sociais, puderam ser pensadas nas ciências sociais.

Pensada enquanto forma de expressão da cultura nos comportamentos políticos e nas mudanças sociais, ou enquanto expressão do inconsciente e da ideologia nas condutas, ou ainda, conforme BOURDIEU (1992) enquanto *forma de restituir à subjetividade sua objetividade, passando a ser uma forma privilegiada de pensar a relação entre o material e o mental na evolução da sociedade*.

A mesma autora avança, ainda, na aplicação do conceito de representação à análise do processo saúde-doença e das relações estabelecidas entre serviços de saúde e clientela. Afirma que *"as concepções sobre saúde, doença, o doente, prevenção, atenção médica, etc. são também concepções das relações entre sujeitos e [destes] com a sociedade em seu conjunto. Tais concepções [podem orientar] o desvelamento do imaginário com que a população experimenta suas condições de existência e a refere à questão da saúde, representações da população... como fatores predisponentes a sua participação em saúde, expressa na interação com o sistema municipal de saúde [e com as UBS de uma forma geral]"* (WESTPHAL, 1992, p.252).

O trabalho aqui apresentado coloca-se, portanto, no rol daqueles que abordam as representações enquanto processo social e particular, na medida em que concebe as práticas enquanto um dado concreto da realidade, delimitado no tempo e no espaço, guardando especificidades em função do contexto onde se dão. As representações, por sua vez, se concretizam e se transformam no momento em que a ação é executada, mesmo comportando contradições entre o pensamento e a ação. Privilegia-se, dessa forma, o processo social em que as representações se formam e se transformam, considerando a questão do poder relacionado à ideologia, à dominação e à hegemonia, conforme afirmado por WESTPHAL (1992).

Retomando a definição de ABRIC (1987) segundo a qual *"a representação é o produto e o processo de uma atividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e lhe atribui um significado específico"*, a representação será tomada, neste trabalho, não como o simples reflexo do objeto, mas como o conjunto *"de relações complexas, reais e imaginárias, objetivas e simbólicas, que o indivíduo mantém com este objeto"*. Trata-se aqui, portanto, de *"um sistema simbólico organizado e estruturado, cuja função essencial é a apreensão e o controle do mundo pelo indivíduo, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo"*. (p.64)

Ela é, portanto, ao mesmo tempo um produto, uma composição de imagens e um processo, uma operação através da qual o indivíduo se apropria do real. A representação se apresenta como um sistema coerente (dotado de sentido) e hierarquizado (escalonado em valores); ela é uma visão subjetiva e social do mundo e da realidade na medida em que sintetiza um sistema subjetivo específico ancorado num contexto e socialmente determinado.

É inegável que toda representação é social pelo próprio fato de pertencer ao campo social e porque sua construção está associada com os níveis econômicos e ideológicos. Por outro lado, ela possibilita a mediação entre o objeto e o indivíduo, entre forças sociais e psíquicas, entre limitações sociais e mecanismos psicológicos. Ela não se restringe à ideologia em si, pode-se considerar que a Ideologia é um fator constitutivo da representação social, mas não se esgota nela. A representação, é o social interiorizado pelo indivíduo e seu instrumento de conhecimento.

Para MARTIN e ROYER-RASTOLL (1990) a representação pode ser vista como um meio, e não um produto, se ela gera contradição entre o determinismo e o subjetivismo, através do qual o indivíduo se realiza entre "o ser e o fazer". Se há reciprocidade entre o fazer e o ser, escolhe-se aqui como ângulo de abordagem o fazer, as práticas, partindo da seguinte questão: como as práticas cotidianas, as estratégias dos usuários estabelecemos ligações com as representações sociais?

4. Representações sociais e práticas cotidianas: a busca de definição

"Considera-se, geralmente, que as representações sociais são associadas a comportamentos atomizados, não contextualizados socialmente, mais freqüentemente sob a forma de legitimações dando sentido a atos que são anteriores ou independentes delas. Negligencia-se o fato de que as práticas são sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação a papéis". (JODELET e MOSCOVICI, 1990, p.287)

Consideradas como um campo sub-estudado, as relações entre práticas e representações sociais geram debates e polêmicas na atualidade. São as práticas sociais que determinam as representações ou o inverso? Ou as duas são indissociavelmente ligadas e interdependentes? Estas são algumas das questões colocadas pelos vários autores que vêm se ocupando do estudo dessas relações.

A abordagem adotada aqui vincula-se a uma vertente específica da Psicologia Social que pode contribuir para o entendimento dos impasses colocados hoje nas relações entre o conhecimento científico e as práticas efetivadas nas UBS. Afirmando, mais uma vez, que os indivíduos são considerados aqui enquanto sujeitos sociais, a leitura feita do referencial teórico adotado também passa por tal filtragem

O pensamento de AUTÈS (1985) traduz uma corrente importante na atualidade sobre a questão. Segundo o autor, não se pode estabelecer uma dissociação entre a representação, o discurso e a prática, porque eles formam um todo. Seria inútil procurar distinguir se é a prática que produz a representação ou o inverso, uma vez que formam um sistema. A representação acompanha a estratégia de ação, às vezes ela a precede conferindo-lhe forma; ou a justifica e racionaliza, tornando-a legítima. A questão destacada pelo autor busca desvendar os laços entre realidades sociais, representações e práticas, a maneira pela qual os atores representam uma situação, o que eles dizem e fazem.

A noção de práticas sociais adotada por alguns autores vinculam-se a discursos e atos, destacando assim o caráter atitudinal de tal conceito; para outros pesquisadores, o aspecto principal refere-se à *inserção do ato em um*

sistema socialmente organizado, dinâmico, referenciado nos papéis socialmente desempenhados por cada indivíduo. (ABRIC, 1994)

Buscando uma aproximação às posições teóricas veiculadas sobre o assunto, pode-se destacar três tendências principais: as representações determinam as práticas; as práticas determinam as representações e, finalmente, ambas estabelecem uma relação dialética de co-determinação.

ABRIC (1994) discute de forma exaustiva o assunto, construindo os pilares das idéias apresentadas a seguir.

4.1. As representações sociais determinam as práticas

Partindo da definição das características das ligações entre representações e práticas, três hipóteses foram formuladas pelo autor:

As representações determinam as práticas sociais nas situações onde a carga afetiva é forte e onde a referência, explícita ou não, à memória coletiva é necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou as práticas do grupo;

As representações têm, igualmente, um papel determinante sobre as práticas nas situações onde o ator dispõe de autonomia, mesmo que relativa, em relação às pressões da situação ou resultantes das relações de poder;

Nas situações com forte constrangimento - social ou material - as práticas sociais e as representações estão em interação. Nessas situações, a implantação de certas práticas pode provocar a transformação completa das representações.

As características particulares assumidas pelas práticas sociais ou individuais em determinadas situações, e que serão discutidas a seguir, contribuem para afirmar a relação de determinação das práticas pelas representações.

As práticas "significantes"

O trabalho de JODELET (1989b), destaca todo um conjunto de práticas cotidianas em relação aos doentes mentais e que resulta de um medo não verbalizado: o medo do contágio da doença mental. O que a autora constata é que certas práticas são originadas, diretamente e exclusivamente, das

representações sociais. Elas constituem o que MOSCOVICI (1989) denomina de "ações representacionais", ou seja, um conjunto de condutas regulares, sem contradição com as normas, realizadas com o consentimento do grupo e que correspondem às crenças comuns, mas não verbalizadas e que justificam os comportamentos de proteção. Essas práticas não são determinadas por causas objetivas, mas elas não são menos intencionais em função disso, mesmo que a intencionalidade não esteja explícita. O autor analisa a situação afirmando que *"essas mulheres se comportam como se algumas idéias ou crenças fossem verdadeiras, reconhecidas por consenso. Em outras palavras, as ações representacionais, cujo protótipo são os ritos, são definidas por aquilo que elas representam e representam somente o que se considera real"*. (p.25)

Quando se procura explicar as características da situação nas quais emergem essas ações representacionais, dois pontos revelados por Moscovici parecem determinantes: a presença de uma carga afetiva muito forte (o receio de tornar-se louco), a utilização e a referência a uma visão arcaica da doença e do contágio diretamente retirada da memória coletiva do grupo. Jodelet mostra com clareza neste trabalho como um elemento da representação, o caráter supostamente contagioso da doença mental, determina as práticas de higiene que aparecem, desta forma, justificadas. É por acreditarem que essas práticas impediriam o contágio que as pessoas as adotam, nada mais na situação permite explicá-las. Nesta situação, marcada por um conteúdo de forte carga afetiva e onde são implementadas crenças fortemente enraizadas na memória coletiva, são as representações sociais que determinam as práticas de higiene.

*As práticas não "coativas"*⁵

Todo um conjunto de situações sociais pode ser qualificado como "não constrangedor". ABRIC (1994) define as como *qualquer situação na qual o ator dispõe de um conjunto de escolhas possíveis, sem que algumas delas apareçam como irreversíveis*. Segundo o autor, nessas situações nenhum dos mecanismos de pressão social torna obrigatória a emissão de uma conduta, nem uma norma social, nem o poder de uma autoridade ou de uma instituição, nem certas características objetivas da situação; ou talvez esses diferentes sistemas de coerção não excluam, tolerem ou admitam escolhas ou condutas

⁵ "Práticas não coativas" foi a tradução mais próxima para o termo *"pratiques non contraignantes"*, original da língua francesa e para a qual não se encontrou tradução semântica perfeita na língua portuguesa. Como será discutido no texto, o termo *"non contraignante"* pode ser associado a situações não coercitivas, onde a pressão social é pequena ou quase nula, e ainda onde o indivíduo tem introjetada a liberdade de ação.

diferenciadas. Isto ocorre, por exemplo, com as práticas de prevenção, de certas situações de trabalho em grupo e de várias situações da vida cotidiana. Neste tipo de situação, as condutas adotadas pelos indivíduos ou pelos grupos são amplamente determinadas por sua representação da situação e não por características objetivas. É importante destacar que não se está falando aqui de situações sociais em que as normas e as relações sociais estão ausentes. Nas situações discutidas as normas existem, assim como as pressões sociais, mas elas permitem comportamentos diferentes.

O papel das representações nos estudos experimentais foi demonstrado, com a ressalva de que foram estudadas apenas situações não constrangedoras, ou seja, em situação de jogo experimental ou de trabalho em grupo todos os indivíduos gozam de autonomia relativa: as situações com as quais eles são confrontados não definem comportamentos "obrigatórios". Todos os resultados confirmam, nesse contexto, que o comportamento do indivíduo ou dos grupos está determinado pelo seu próprio sistema de apreensão da situação, ou seja, por diferentes elementos constitutivos da representação da situação: representação de si, do outro, da tarefa, do contexto. Uma hipótese levantada pelo autor é a de que *as representações desempenham um papel tão importante quanto os atores quando confrontados com situações complexas ou ambíguas.*

As situações sociais nas quais o papel das representações é determinante não são as mais comuns. A partir disso, pode-se pensar numa terceira hipótese, ou seja, aquela onde a coerção vinda das circunstâncias ou da realidade social é forte.

A expressão "constrangimentos da situação" deve ser compreendida em sentido amplo. Essas coerções fortes podem resultar tanto da presença, quanto da emergência de novos dados, da transformação do ambiente físico, do aparecimento de um evento essencial relativo à população, da transformação do ambiente sócio-econômico, da modificação da política de uma empresa, enfim de uma mudança sócio-política radical.

4.2. As práticas determinam as representações

Tratam-se de situações em que os atores se engajam em práticas que resultam de características do ambiente físico ou material, ou ainda de sua dependência a um certo tipo de relação ou de poder social.

Uma das maneiras de abordar o problema, consiste em questionar sobre os processos passíveis de gerar ou de transformar uma representação. Mais precisamente, a questão que deve ser respondida pode ser formulada nos seguintes termos: o que acontece quando os atores sociais estão engajados em práticas que se opõem àquelas que o sistema de normas e valores imporia, ou que estão em contradição com práticas anteriores?

A hipótese que poderia ser elaborada consiste em afirmar que esses atores sociais elaboraram representações coerentes com suas práticas. As práticas determinariam as representações de acordo com sua própria lógica interna. Sem contestar o fundamento desta hipótese, parece que ela deve ser relativizada a partir dos trabalhos e das análises que FLAMENT (1994) desenvolveu, em particular da noção utilizada por ele de "reversibilidade da situação".

É importante lembrar que os atores engajados numa situação e desenvolvendo certas práticas podem, por um lado, considerar que a situação é irreversível, ou seja, que o retorno às práticas antigas é impossível ou, por outro, que ela é reversível, que a volta às práticas antigas é considerada possível, sendo a situação atual temporária e excepcional. Como poderá ser observado a seguir, as relações estabelecidas entre representações e práticas nessas duas alternativas são de natureza radicalmente diferente.

A situação é reversível

Retomando as hipóteses anteriores, pode-se considerar que nesta situação as práticas desenvolvidas terão efeitos poucos profundos sobre a representação, ou que, de qualquer forma, seu caráter percebido como "provisório" poderá impedir ou amortecer o processo de transformação. Cabe destacar que os elementos novos, discordantes serão considerados e integrados na representação, no entanto, nas situações reversíveis só os elementos periféricos serão transformados, a modificação da representação será perceptível, porém superficial: os elementos do núcleo central não são questionados. A lógica interna desenvolvida pelos sujeitos, neste caso, apresenta-se como descreve FLAMENT (op.cit.): *"em função das circunstâncias faço algo de não habitual, mas tenho boas razões para isto"*.

Observa-se, nesta situação, a transformação da representação pelas práticas, mas apenas de certos elementos do seu conteúdo e não dos princípios que a geraram e a organizam.

A situação é Irreversível

Nas situações percebidas como definitivas, o processo se dá de forma bem diferente. A irreversibilidade da situação reduz consideravelmente a autonomia do ator e suas possibilidades de manter seu sistema anterior de representações, principalmente nos casos onde as informações dadas sobre o ambiente estão em contradição com as características centrais das representações. IBANES (1989), ao analisar as relações entre práticas e ideologia, afirma: "não é surpreendente que um indivíduo que é levado a desenvolver uma prática a longo prazo seja lentamente modelado em nível das crenças... Nesse sentido, está claro que a esfera ideológica pode alinhar pouco a pouco, a ideologia sobre a prática". (p.39)

Neste caso, em que as práticas são irreversíveis, o restabelecimento do equilíbrio cognitivo (e porque não dizer afetivo também) do indivíduo vai gerar uma transformação da representação. Esta transformação vai ocorrer de forma diferente, de acordo com a natureza das práticas novas e suas relações com a representação. Para FLAMENT (1987, p.143-50) os três tipos mais importantes de transformação são:

Transformação progressiva da representação quando as práticas novas não são totalmente contraditórias com o núcleo central da representação. A transformação efetua-se sem ruptura, ou seja, sem explosão do núcleo central. Os esquemas ativados pelas novas práticas progressivamente, integram-se aqueles do núcleo central e entram em fusão com eles para constituir um novo núcleo, portanto uma nova representação.

Transformação resistente da representação quando as práticas novas são contraditórias, mas permitem ainda a implantação dos mecanismos de defesa da representação, tais como a interpretação e justificação "ad hoc" das novas limitações, racionalizações, referências a informações ou a normas externas à representação ameaçada. Uma das características deste tipo de transformação é o aparecimento de "esquemas estranhos" descobertos e definidos por FLAMENT. Está claro que, nessas situações, "os diferentes processos de defesa da representação implantada não podem resistir à permanência dessas condutas

contraditórias; a multiplicação dos esquemas estranhos leva, então, a transformação do núcleo central, portanto da representação no seu conjunto”.

Transformação brutal ocorre quando as novas práticas colocam em cheque diretamente o significado central da representação sem que esta possa recorrer aos mecanismos defensivos acima descritos. A importância dessas novas práticas, sua permanência e seu caráter irreversível causam uma transformação direta e completa do núcleo central e, portanto, de toda a representação.

Nessas situações de caráter irreversível, a determinação das representações pelas práticas está, portanto, definida. Mas, nota-se também, que esta influência é exercida através da implantação de todo um conjunto de processos cognitivos, tais como resistência, racionalizações, interpretações, diretamente ligado ao modo de funcionamento do sistema representacional.

4.3. A interação entre representações e práticas sociais

Conforme discutido nos tópicos anteriores, a determinação das práticas e dos comportamentos pelo sistema representacional parece, ao menos em certas situações, indiscutível, mas essa constatação não exclui pura e simplesmente o papel das práticas nas representações.

Evidentemente, a representação constituída pelos indivíduos ou grupos, que define sua visão de mundo ou da situação no momento considerado, se enraiza no passado coletivo, onde práticas antigas têm seu lugar, onde a experiência coletiva ou individual das relações sociais, seus cerceamentos e seus imperativos têm um papel essencial.

As condições de produção das representações, que explicam seu estado atual, são largamente atribuídas às práticas sociais que o grupo desenvolveu ou com as quais ele foi confrontado. Esta a razão pela qual a quase totalidade dos pesquisadores está de acordo com o seguinte princípio: as representações e as práticas se engendram mutuamente. É a esta conclusão que levam os trabalhos mais recentes consagrados às relações entre as representações sociais e as práticas cotidianas⁶.

Mas o fato de destacar essa relação dialética não abre caminho para o conhecimento dos processos e das condições de efetivação dessa relação.

⁶ Ver a esse respeito ABRIC, 1994; MARTIN e ROYER-RASTOLL, 1990; CARUGATI e cols., 1990; LEWY-LEBOYER e cols., 1990; GUIMELLI e JACOBI, 1990; AMERIO e DE PICCOLI, 1990.

ABRIC (1994) busca lançar hipóteses sobre as relações entre representações e práticas ao afirmar que *"a natureza das ligações entre práticas e representações é diretamente determinada pela natureza da situação e mais precisamente por duas de suas características: a autonomia do ator na situação, ou seja, o lugar ocupado por ele, as relações que ele mantém no sistema de poder, ou seja, as limitações às quais ele é submetido; e a presença, na situação, de elementos fortemente ligados a sentimentos ou à memória coletiva"*. (p. 230-1)

É inegável o papel essencial das condições materiais efetivas de existência na elaboração das representações sociais e o efeito das práticas na sua evolução e transformação, porém, alguns fatores específicos merecem especial atenção para a compreensão das hipóteses acima enunciadas.

É possível destacar três fatores que participam da trama de relações estabelecidas entre práticas e representações sociais:

Fatores culturais, ligados à história do grupo e à sua memória coletiva. Mesmo sendo difícil reconstituir a sua gênese, as representações sociais são fortemente marcadas por sua inscrição num processo temporal e histórico. O conteúdo social de uma representação resulta, dentre outros aspectos, do que GRIZE e cols. (1987) denominam de "matrizes culturais de interpretação". Essas matrizes *"implicam num quadro cultural de conhecimentos e comportamentos... elas estão ancoradas numa memória coletiva transmitida por todo um conjunto de aparelhos (escola, família, igreja, movimento associativo, etc), visando a recomposição social...(Essas matrizes) tornam-se, para um dado grupo social, um modo de interpretação de sua prática"*. (p.29)

É difícil acetar, a partir dessas afirmações, que uma prática ou um comportamento constituído numa situação específica, possa questionar esse contexto cultural e histórico, ou seja, o efeito de uma prática somente poderá ser compreendido em relação a essa dimensão sócio-cultural.

Fatores ligados ao sistema de normas e valores. Não basta que o indivíduo esteja engajado numa prática para que ele se aproprie dela e a reconheça como sua. É necessário que ela lhe pareça aceitável em relação a seu sistema de valores. A submissão a sistemas de valores diversos daquele introjetado pelo indivíduo ocorre somente a partir de um livre consentimento para tal; deve-se considerar que esse consentimento é muito complexo nas situações reais do cotidiano. Em todas as situações onde existe uma escolha possível entre

condutas diferentes as práticas desenvolvidas pelos indivíduos não podem ser independentes das normas e dos valores aos quais elas se referem. O que é fundamental lembrar é que essas normas e valores também são, por sua vez, constituintes das representações sociais.

A realidade social não pode ser compreendida apenas em relação ao social imediatamente existente, mas se a ação depender das condições materiais e sociais (em particular as relações de poder), ela será resultante também de sistemas de valores que lhe atribuem um significado e uma meta, portanto, das representações sociais.

IBANES (1989) destaca o papel da ideologia como partícipe das representações sociais na constituição das práticas, quando afirma que “negociações intervêm na vida cotidiana, muitas vezes entre os pólos da prática e da ideologia ou da representação, as práticas desenvolvidas pelos agentes sociais sofrem uma certa modulação ou distorção em função da sua ideologia”.

FLAMENT (1989) assinala que as representações são “massivamente prescritivas” e que essas prescrições vão ser moduladas em função das características da situação, e em particular dos seus aspectos reversíveis ou não.

Fatores ligados à atividade do indivíduo. Os processos de construção, de reapropriação da realidade, ou seja, as atividades de pré-decodificação da situação, o sistema de expectativas e de antecipações gerado pela existência de uma representação, o sistema de categorização que lhe é associado, todos esses processos que permitem ao indivíduo organizar suas experiências subjetivas, que estruturam e modelam a interação social, intervêm na determinação das práticas. É precisamente a existência desses processos que demonstra que *a representação é uma ação sobre a realidade*.

Os fatores destacados acima demonstram a participação de aspectos individuais e coletivos nas relações entre representações e práticas, em especial a interdependência dos dois processos.

MARTIN e ROYER-RASTOLL (1990) remetem essa mesma discussão para as relações estabelecidas entre sujeito e objeto, abrindo uma vertente explicativa complementar à Psicologia Social. Questionam os autores: O que é o real? Como se formam as práticas? O que liga a teoria à prática, o pensamento ao ato? As práticas cotidianas, que definem o indivíduo e que são definidas por

ele, estão inscritas na problemática do conhecimento e da representação, do conhecimento e da ilusão. Afirmam os autores que "nós agimos em função do que sabemos, do que pensamos/acreditamos saber e queremos fazer". (p.200)

Os mesmos autores buscam explicar as relações entre práticas e representações sociais inscrevendo-as no universo social geral no qual são elaboradas. Afirmam que "a instituição do real, construída pelos meios de comunicação, é uma produção de simulacros que desfaz a ligação do ver e do crer, ou seja, é possível ver o que se deve crer; o real é captado somente quando mediatizado. Trata-se, portanto, sempre de uma elaboração subjetiva a partir de elementos objetivos". (p.200)

Nessa concepção, a ação está estreitamente ligada ao que os indivíduos compreendem do que os cerca, em função deles próprios, dos outros, do contexto ou melhor, em função de imagens, de percepções, de representações.

Para MOSCOVICI (1989) as imagens são sensações mentais, impressões que os objetos e as pessoas deixam no cérebro. O que caracteriza a imagem é, antes de tudo, o reflexo, a seleção da informação e a interdependência. Se a imagem parte do objeto, a percepção se concentra no indivíduo, conduzindo-o a um papel ativo, seja exprimindo sua experiência vivida, seja como projeção do indivíduo no objeto.

Partindo da perspectiva do autor, pode-se afirmar que a problemática da representação inscreve-se nessa linha de trabalhos. A representação está atrelada à dialética do indivíduo e do objeto, na qual a separação entre o universo interno e externo não pode ser concebida.

A afirmação de que a representação social se inscreve na interação indivíduo-grupo-ambiente social é corporificada na hipótese de DOISE (1986) segundo a qual *"as representações sociais são princípios geradores de tomada de posição que estão ligados à inserções específicas em um conjunto de relações sociais, organizando os processos simbólicos que intervêm nessas relações"* (p.85). Esta definição integra as dimensões que parecem ser constitutivas de toda representação social: *caráter ativo, indutor dos comportamentos; inserção no campo das relações sociais; estruturação das relações de comunicação e das relações sociais.*

BOURDIEU (1972, 1989) ao tratar do conceito de hábitos, de disposições adquiridas vê aí a origem das práticas sociais.

Volta-se sempre à mesma interrogação: como se dá a adequação entre estruturas internas e práticas sociais? Estudar as representações sociais e as mediações entre esses dois pólos, é uma forma de aproximar-se do problema.

Uma representação social supõe a existência de um conjunto de indivíduos e de um modo de produção, ou seja, ela resulta sobretudo de uma construção coletiva. Sua função está ligada à ordem, à referência, ao código, a "contribuir com os processos formadores e processos de orientação das comunicações e dos comportamentos sociais" (CERTEAU, 1980, p.254).

Enfim, o problema pode ser resumido em uma dupla interrogação: é a realidade objetiva que permite explicar totalmente ou em parte a ação, ou é o significado que os indivíduos atribuem aos fenômenos, a percepção subjetiva da realidade que permite entendê-la?

É possível recusar essa dicotomia clássica para reafirmar o postulado inicial sobre a relação dialética entre o "real objetivo" e o "vívido subjetivo". *A realidade social induz a práticas, porque ela se expressa nas representações sociais, mas o indivíduo, na operação de construção que é a representação social, ao mesmo tempo individual e coletiva, imprime aí sua verdade.*

Quanto ao problema inicial de saber o que é determinante, retoma-se as afirmações de ABRIC (1987) que exprime a não aceitação de uma relação unidimensional de determinação: *"fazer das representações sociais um conceito operacional, pressupõe que se aceita não conceder à situação social objetiva um valor que ela não tem e que o comportamento [ação, ato social] seja orientado, também, pelo significado atribuído à situação pelos indivíduos".* (p.78)

Compreender as práticas em articulação com as representações sociais nas quais elas estão inseridas e de cuja modulação participam, coloca em evidência a atividade no que ela tem de criativo e, por vezes, de determinado; significa encontrar a cada vez um indivíduo preso num feixe de contradições internas e externas. (MARTIN e ROYER-RASTOLL, 1990)

A existência de relações entre representações e práticas sociais é indiscutível para todos os autores que trabalham com o conceito. A análise de qualquer prática social supõe, portanto, que sejam considerados pelo menos dois fatores

essenciais: as condições sociais, históricas e materiais nas quais esta se inscreve, e o modo de sua apropriação pelo indivíduo ou grupo em questão, no qual os fatores cognitivos, simbólicos e representacionais têm também um papel determinante. Para que uma prática social, mesmo que imposta, se mantenha, deve ser passível de apropriação, ou seja, de integração ao sistema de valores, crenças e normas, seja através de um processo de adaptação, seja por transformação. As contradições entre representações sociais e práticas expressam-se por uma relação tensional, podendo gerar a transformação de uma ou de outra.

Quanto às representações sociais, o conhecimento do seu conteúdo e de sua organização baseia-se, obrigatoriamente, na consideração das práticas sociais.

Tomando mais uma vez o exemplo de JODELET (1986), pode-se afirmar que a análise de uma representação social requer a descoberta dos princípios de sua atualização. *"Deve-se conhecer o espaço de aplicação da atividade representativa para especificar o seu tipo: cognitivo, ideológico, simbólico, prescritivo, etc".* (p.31)

Do trabalho sobre a doença mental pode-se retirar uma hipótese de base destacada pela autora, segundo a qual *"certos aspectos das representações são explicitamente veiculados nos discursos e outros misturados com as práticas"* (1989 a, p.366). Portanto, todo estudo de representações deve levar em conta suas duas formas mais importantes de atualização: os discursos e os atos.

Deve-se considerar ainda que, se as representações são determinadas por normas e valores, pela história do grupo e sua memória coletiva, pelas "matrizes culturais de interpretação", ou seja, pelo real socialmente construído, elas o são também pelo conjunto das condutas, passadas ou atuais dos atores sociais, pois *"a ação é um atributo necessário do indivíduo conhecedor, ou seja, um instrumento concreto para a ação e uma dimensão que participa constantemente da elaboração das cognições"* (AMERIO, 1991, p.111).

ABRIC (1994) considera que a compreensão das relações entre representações e práticas sociais supõe, portanto, um duplo trabalho de análise e de conhecimento de cada um dos dois termos presentes:

Análise da natureza da representação e ea sua estrutura: pergunta-se se a representação em questão é autônoma ou não, a que tipos de crenças está ligada, quais são seus elementos centrais. Pois, é a natureza da representação que determina seu significado e seu papel na interação social.

A análise das práticas sociais: deve-se questionar se são impostas ou mesmo que parcialmente escolhidas; decorrem de circunstâncias reversíveis ou não, estão de acordo ou em contradição com os elementos centrais das representações; podem ser integradas nas representações; qual o preço de sua integração ao universo simbólico pré-existente; quais suas finalidades (operatória, social, ideológica); qual é o tipo de engajamento do ator social nessas práticas.

O simples enunciado destas questões mostra a amplitude e as dificuldades da tarefa; permite compreender também porque o campo de estudo que constitui a análise das relações entre práticas e representações sociais é essencial para o conjunto das ciências que se interessam pela interação do homem com o seu ambiente físico e social.

Finalmente, destacam-se as afirmações de MARTIN e ROYER-RASTOLL (1990) ao tratar do assunto e que reflete também a posição da autora sobre o tema: *"não há representação que precede ou que sucede... mas práticas conjuntas com as representações individuais e coletivas; a legitimação é muito ambígua, permitindo muitos viéses de sentidos - legitimar uma ação é também criá-la, fundamentá-la ou justificá-la, objetiva ou subjetivamente - no direito, na razão, ideologicamente, cientificamente.... Além do mais, aceitar uma explicação única significa aceitar uma causalidade simples, uma última determinação, enquanto somos confrontados com uma relação dialética entre representações e práticas".*

II. O PROBLEMA DO MÉTODO

1. *A questão metodológica nos estudos de representação social*

A preocupação em dedicar um capítulo deste trabalho à revisão bibliográfica dos métodos e técnicas utilizados nos estudos de representação social, apoia-se na necessidade de ampliar certa posição científica apoiada na afirmação de que os autores que trabalham com o conceito de representação social aderem a uma visão consensual da realidade social. É importante destacar que muitos estudiosos vêm se dedicando à construção, explicitação e análise dos métodos utilizados nesses estudos. Tais métodos buscam revelar as representações sociais de vários ângulos, desde a análise das representações num plano individual, até a busca de abordagens populacionais diversificadas, como poderá ser observado no presente capítulo.

Em certa medida, a análise descontextualizada das representações é um caminho tentador ao optar pelo uso do conceito, no entanto, conforme mostram diversos autores, uma representação social só pode ser construída a partir de um sujeito. Este sujeito vivencia sua objetividade e subjetividade (suas representações) em dado contexto histórico e social. Portanto, as representações devem ser analisadas a partir de um "cenário" que dê sentido à imagens, identificadas nas mesmas.

Apesar da fragilidade existente nas ligações entre a Psicologia Social e a Sociologia, ambas têm contribuído para a construção da teoria das representações sociais. É necessário destacar que, do ponto de vista metodológico, as abordagens destas duas ciências diferenciam-se e merecem um olhar mais apurado por parte do pesquisador que decida trabalhar com esse conceito.

O problema inicial que se coloca para o estudo das representações sociais é que seu primeiro material é constituído de opiniões verbalizadas, de atitudes ou de pre-julgamentos individuais. Portanto é material discursivo individual e pressupõe a reconstituição dos princípios organizadores comuns ao conjunto de indivíduos. É por isso que se impõe o recurso da análise de dados de diferentes tipos.

As análises qualitativas têm sido longamente discutidas pela Sociologia, uma vez que este é seu recurso metodológico preferencial. Já para a análise das representações sociais, alguns autores vêm buscando sistematizar metodologias diversificadas, incluindo aí as análises quantitativas utilizadas e testadas em diversas pesquisas.

O conceito de representação social e mais recentemente o detalhamento dos métodos para o seu estudo, podem apontar para um caminho profícuo no estabelecimento das necessárias pontes entre as duas áreas de conhecimento. Destacam-se aqui as afirmações de BOURDIEU (1992) sobre o tema: *"a reflexão sobre o método de análise de dados empíricos não se separa da reflexão sobre os objetos e os objetivos da pesquisa, em particular, a atualização dos princípios geradores e organizadores das diferenças entre opiniões ou entre práticas.... A pesquisa é inseparavelmente construção de esquemas teóricos próprios para organizar os fatos que eles contribuem para produzir como tais, a criação de técnicas, de teorias, ou ao menos de efeitos teóricos, significa a verificação de modelos construídos para e pela confrontação com esses fatos... Uma outra oposição encontra-se também superada, aquela do consenso e do conflito: as tomadas de posição diferentes, até antagonistas não se constituem como tais, senão por referência às posições comuns, ou seja, ao espaço das posições sociais..."* . (p.7, 8)

Os métodos de coleta e de análise de dados apresentam-se como problemas metodológicos importantes no estudo das representações sociais. A questão da análise de dados vem suscitando debates e polêmicas, passando por autores que defendem a análise de conteúdo de discursos como método de escolha para esses estudos (SCHRAIBER, 1995), até aqueles que destacam a necessidade de utilização de associações menos evidentes para a compreensão dos diversos níveis de estudo das representações sociais. (DOISE e cols., 1992)

Partindo da polarização das análises qualitativas⁶, até as múltiplas técnicas quantitativas discutidas por FLAMENT, 1981; DI GIACOMO, 1981 e mais recentemente por DOISE e cols, 1992 e por ABRIC, 1994, a escolha de uma metodologia de coleta ou de análise de dados deve ser determinada por considerações empíricas, tais como a natureza do objeto estudado, tipo de população, limites da pesquisa, etc., mas também pelo referencial teórico que dá suporte à pesquisa, no presente caso a teoria de representação social.

A metodologia de coleta de dados, por sua vez, apresenta-se como a primeira questão que se coloca ao pesquisador. As "ferramentas" utilizadas para a coleta de dados podem determinar o resultado dos estudos sobre as representações sociais, uma vez que o tipo de informação recolhida, sua qualidade e pertinência determinam diretamente a validade dos resultados obtidos e das análises realizadas.

Dentro da perspectiva teórica escolhida, uma representação social é definida por dois elementos principais: seu conteúdo, definido por Moscovici como informações e atitudes; sua estrutura e organização interna, consideradas como o campo da representação social para o mesmo autor. Nessa medida, não é apenas o conteúdo em si que deve ser estudado, mas também a organização desse conteúdo, e essa organização repousa, segundo ABRIC (1994), sobre uma hierarquia entre os elementos da representação, hierarquia esta determinada pelo que o autor denomina de "núcleo central", também tratado por DOISE (1992) como "orientação de uma representação social".

Apesar da polêmica existente sobre o tema, a escolha de um determinado método ou a opção multi-metodológica deve considerar as questões destacadas acima. Para um melhor balizamento das opções metodológicas adotadas, procurar-se-á sintetizar, a seguir, alguns métodos e técnicas de coleta e de análise de dados destacando seus objetivos e limites.

⁶ As técnicas de análise qualitativa das representações sociais foram discutidas pela autora em trabalho anterior: OLIVEIRA, 1991a.

2. Métodos e técnicas de coleta e de análise de dados: uma revisão

O estudo das representações sociais coloca a necessidade de utilização de técnicas de coleta e de análise de dados visando três objetivos, a serem organizados em momentos sucessivos: elucidar e recuperar e os elementos constitutivos da representação ou seu conteúdo; conhecer a organização dos seus elementos, isto é, estudar as relações entre seus elementos constituintes, sua importância relativa e sua hierarquia; e recuperar o núcleo central da representação, ou seja, determinar o núcleo central. (ABRIC, 1994)

Para alcançar os objetivos acima propostos é necessário que se façam opções metodológicas; a simples interpretação empiricista deve ser evitada ou controlada, uma vez que, ao longo da constituição do campo de estudo das representações sociais, muitas contribuições metodológicas foram feitas, o que significa um avanço que não deve ser ignorado.

2.1. Métodos de coleta e de análise de dados do conteúdo de uma representação

2.1.1. Coleta de dados

É possível classificar os métodos de coleta de dados em dois grandes grupos. No primeiro encontram-se os métodos *interrogativos*, que consistem em recolher uma expressão dos indivíduos sobre o objeto de representação em estudo. Essa expressão pode ser verbal ou icônica. No segundo, são classificados os métodos *associativos*, que também se fundam em expressões verbais, colhidas de forma mais espontânea, menos controlada e, por hipótese, mais autêntica. Na obra de ABRIC (1994) são destacadas cinco técnicas de caráter interrogativo e duas técnicas associativas.

A. Técnicas Interrogativas

• Entrevista

Considerada por muito tempo, juntamente com o questionário, como a ferramenta maior de recuperação das representações, a entrevista em profundidade ou semi-diretiva constitui-se num método indispensável a todos os estudos sobre as representações. O estudo de HERZLICH (1969) sobre a saúde e

a doença é a ilustração mais conhecida, apesar de um grande número de pesquisas utilizarem essa técnica associada a outras. Ainda que MOSCOVICI (1969) tenha destacado a importância e pertinência desta técnica para o estudo das representações, a utilização da entrevista traz consigo algumas questões que devem ser consideradas quando da sua escolha como técnica principal de estudo.

A entrevista é, antes de tudo, uma técnica que se traduz pela produção de um discurso. Conforme mostra GRIZE (1981), o discurso é uma atividade complexa, caracterizada por alguns aspectos que dificultam sua análise, já que é a atividade de um sujeito locutor utilizando uma linguagem natural, o discurso está submetido a regras de enunciação.

Um outro fator que aparece em algumas situações refere-se ao não balisamento dessas regras, tornando difícil uma expressão livre e espontânea. A expressão discursiva durante uma entrevista favorece, conscientemente ou não, a utilização de mecanismos psicológicos, cognitivos e sociais comprometendo a confiabilidade e a validade de seus resultados: racionalizações, fragmentações, controle, busca maior ou menor de coerência, filtragens de várias ordens.

Outra questão a ser colocada é que a entrevista é uma "situação de interação finalizada", e as características de enunciação da fala, tais como, contexto, objetivos, "status" e imagem do entrevistador, tipos e natureza das intervenções, etc., podem determinar uma produção discursiva específica. Dentro dessa produção é difícil distinguir o que se refere ao contexto e o que representa uma opinião ou uma atitude assumida pelo locutor com uma característica de estabilidade, característica esta importante para a identificação de uma representação.

Portanto, a utilização da entrevista pressupõe *métodos de análise de conteúdo* que podem ser impregnados de interpretações. Mesmo os métodos mais recentes não conseguem minimizar a subjetividade e o "viés" de leitura do pesquisador.

Esses limites não inviabilizam a utilização da técnica de entrevista nos estudos de representação, mas evidenciam a necessidade de associar esta a outras técnicas complementares visando controlar, recortar ou aprofundar as informações recolhidas. Soma-se a isto o fato de que a pesar de a entrevista em

geral permitir, o acesso ao conteúdo de uma representação e às atitudes assumidas pelo indivíduo, raramente permite acessar diretamente sua organização e sua estrutura interna. (ABRIC, 1994)

Tal posicionamento, no entanto, tal posicionamento não é consensual entre os pesquisadores que utilizam o conceito de representação social, permanecendo a entrevista, até o momento, como uma técnica importante para esses estudos.

• Questionário

Para alguns autores, o questionário continua sendo a técnica mais utilizada no estudo das representações. Esse sucesso parece ser explicado por vários motivos: contrariamente à entrevista, técnica essencialmente qualitativa, o questionário permite introduzir *aspectos quantitativos* na análise do conteúdo e do caráter social de uma representação. Permite, por exemplo, captar a organização das respostas, evidenciar os fatores explicativos ou discriminantes dentro de uma população ou entre populações, captar e situar as posições respectivas dos grupos estudados em relação a esses eixos explicativos, etc.

Aliado a essa perspectiva, o desenvolvimento recente de métodos de análise de dados aplicados ao estudo das representações reforça a posição privilegiada do questionário.

Talvez a maior vantagem do questionário seja a sua *standardização*. Pois esta reduz, simultaneamente, os riscos subjetivos da coleta de dados por força do comportamento padronizado do pesquisador e as variações interindividuais da enunciação dos discursos por força da padronização da expressão dos pesquisados, dos temas abordados, da ordem dos temas, da modalidades de resposta.

No entanto, essa mesma *standardização* determina também os limites colocados para a sua utilização no estudo das representações. O questionário supõe, na realidade, uma escolha, uma seleção operada pelo pesquisador sobre os temas abordados. Contrariamente à entrevista, esse instrumento limita, necessariamente, a expressão dos indivíduos às questões que lhe são propostas e podem, portanto inibir outros aspectos inerentes ao assunto. Além disso, como bem assinala BOURDIEU e cols. (1968), *a dinâmica do questionamento, a relação*

pesquisador-pesquisado, podem levar qualquer pessoa a responder qualquer coisa, mesmo a uma pergunta das mais irreais ou menos pertinente ao pesquisado.

As críticas e os limites do questionário são bem conhecidos, e demonstram a dificuldade da escolha e da formulação das questões, bem como a dificuldade de afirmar de fato qualquer padronização, seja no instrumento propriamente dito, seja na relação entrevistador-entrevistado.

Uma das maneiras de reduzir essas dificuldades é a utilização de questões mais amplas, propondo ao pesquisado um largo leque de respostas, isto é, oferecendo-lhe a possibilidade de colocar em ação sua própria argumentação, permitindo e valorizando a atividade da pessoa entrevistada.

• *Pranchas Indutivas*

Esta técnica de coleta das representações foi utilizada, até o momento, em estudos com populações cujo universo lingüístico e cultural é de difícil acesso ao pesquisador, impossibilitando o uso de métodos de questionamento habitualmente utilizados como as entrevistas ou os questionários.

Seu princípio é simples e inspira-se nas abordagens projetivas largamente utilizadas pela Psicologia. Apresenta-se aos sujeitos pesquisados uma série de desenhos, elaborados pelo pesquisador, ilustrando os temas principais resultantes de um pré-teste e pede-se ao pesquisado para expressar-se livremente diante da prancha proposta.

Alguns estudos realizados utilizando essa técnica mostram que, para as populações em questão, este tipo de suporte facilita amplamente a expressão dos entrevistados em relação às respostas obtidas nas entrevistas clássicas. Contudo, tal técnica exige uma elaboração e uma análise prévias por parte do pesquisador que limita seu alcance: a seleção dos temas, a formulação figurativa, deixam para a interpretação uma parte importante e de difícil controle.

Finalmente, a análise das respostas obtidas, além das dificuldades clássicas da análise de conteúdo, torna-se mais complexa pela necessidade de relacionar a expressão com elementos icônicos. Estes são freqüentemente caracterizados pela ambigüidade com vistas a permitir o processo de projeção, sem que se possa basear sua leitura em normas e quadros de referência

teóricos, cuja standardização seja claramente estabelecida como na prática dos testes nos quais elas se inspiram.

Entretanto, trata-se de mais uma ferramenta de abordagem das representações sociais que, se usada cuidadosamente e com reservas, pode facilitar a emergência das dimensões implícitas e permitir aprofundar o conhecimento de certas dimensões ou categorias de sustentação das representações.

• *Desenhos e suportes gráficos*

Os objetivos dos pesquisadores que usam pranchas indutivas são idênticas às daqueles que usam a produção gráfica dos sujeitos para ter acesso às suas representações: facilitar a expressão usando uma forma de coleta de dados mais apropriada à população. É o caso particular das pesquisas de representações realizadas com crianças.

Segundo ABRIC (1994) este método pode também ser indicado para o estudo de certos temas de representações onde a dimensão não verbal é essencial, nesse aspecto os trabalhos de MILGRAM e JODELET (1976) são exemplos notáveis. Estudando a representação social dos habitantes sobre a cidade de Paris e constatando que a maioria dos conceitos que as pessoas usavam eram essencialmente de ordem não verbal, denominados de "idéias espaciais", dificilmente traduzíveis em palavras, os autores criaram uma metodologia de coleta de dados particularmente interessante, cujos resultados provaram ser muito ricos para descrever as representações da cidade. No caso mencionado os sujeitos tiveram por tarefa desenhar uma série de mapas de Paris representando sua própria visão da cidade: sua organização espacial, os locais de referência, seu povoamento, etc.

Nas pesquisas que se utilizam desta técnica, a argumentação utilizada é idêntica e têm três fases: a produção de um desenho, ou de uma série de desenhos, a verbalização dos indivíduos com base nesses desenhos e, enfim, uma análise, de tipo quantificável, dos elementos que constituem a produção gráfica.

Além de revelar os elementos constitutivos da representação, este tipo de análise possibilita o acesso, com certa facilidade, aos elementos organizadores da produção, isto é, ao significante da representação produzida. Na maioria das

vezes, os desenhos não são uma sobreposição de elementos, ao contrário, eles já são um conjunto estruturado e organizado em torno de elementos ou de significados centrais; eles permitem, portanto, captar o conteúdo e formular hipóteses sobre os elementos centrais da representação.

- *Abordagem monográfica*

Considerada por muitos pesquisadores como muito mais ambiciosa, mais longa e de difícil aplicação que os métodos precedentes, a abordagem monográfica é o caminho nobre no estudo das representações sociais.

Diretamente inspirada nos métodos da Antropologia, ela permite coletar o conteúdo de uma representação social, relacioná-la diretamente com seu contexto e estudar suas relações com as práticas sociais existentes no grupo. O trabalho de JODELET (1989b) sobre a representação da doença mental numa comunidade terapêutica constitui a melhor ilustração deste tipo de abordagem. Durante um período de quatro anos, a autora utilizou diferentes técnicas de coleta e de análise de dados, permitindo vários níveis de análise:

- *Técnicas etnográficas*: Penetração progressiva no meio ambiente estudado, através da observação participante, levando ao estabelecimento e à utilização de uma rede de informantes.
- *Pesquisas relativas à estratificação social*: Permitindo o conhecimento estatístico da população, sua estratificação segundo os parâmetros estudados.
- *Análises históricas*: A análise do conteúdo de relatórios, narrativas sobre a história da comunidade, análise das tradições populares locais.
- *Técnicas psico-sociológicas*: Entrevistas em profundidade, observações diretas dos comportamentos e das interações. Vale ressaltar que a condução das entrevistas feitas por Jodelet, inspirada nas técnicas de estudo direto dos comportamentos culturais (MAGET, 1962) é diferente daquela utilizada, para as entrevistas não diretivas ou guiadas. Em lugar de partir de uma formulação muito ampla do tema, vai-se, ao contrário, do particular para o geral. Por exemplo, torna-se como ponto de partida descrições de doentes, elementos da vida cotidiana, explicitações de comportamentos concretos de costumes observados, para facilitar a expressão dos pesquisados e permitir, assim, o desvendamento de representações que poderiam ter sido ocultadas numa entrevista clássica.

B. Técnicas associativas

• Associação livre

ABRIC (1994) destaca que, apesar de ser também baseado numa produção verbal, o método das associações livres permite reduzir as dificuldades e os limites das expressões discursivas apresentados anteriormente.

Este método consiste em pedir ao indivíduo que produza todas as palavras, expressões ou adjetivos que possa imaginar a partir de uma palavra indutora (ou de uma série de palavras). O caráter espontâneo, portanto menos controlado, aliado a dimensão projetiva desta produção deveriam permitir o alcance mais fácil e rápido do que numa entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. A livre associação permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam afogados ou mascarados nas produções discursivas. Alguns autores, como DE ROSA (1988), vão ainda mais longe, quando afirmam que esta técnica faz *"aparecer as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações estudadas... as associações livres permitem o acesso aos núcleos figurativos da representação... Elas são capazes de sondar os núcleos estruturais latentes das representações, enquanto as técnicas mais estruturadas, como o questionário, permitiriam captar as dimensões mais periféricas das representações sociais"*. (p.31-2)

Pode-se, portanto, considerar que a associação livre é, provavelmente, uma técnica de eleição para coleta dos elementos constitutivos do conteúdo das representações, o que explica sua utilização sistemática em numerosas pesquisas.⁷

Entretanto, a produção obtida pela associação livre é de difícil interpretação se tomada isoladamente. LE BOUEDEC (1984) assinala que os indivíduos podem elaborar três formas de associações - por similaridade, por contraste e por contigüidade - e que, portanto, *"se as associações veiculam um significado, este não é, obviamente, o todo do significado, mas representa apenas uma forma dele: o significado associativo"*. (p.250)

⁷ Conforme pode ser observado nos trabalhos de DI GIACOMO, 1981; LE BOUEDEC, 1984; MONTEIL e MAILHOT, 1988; AMERIO e DE PICCOLI, 1990; VERGÈS, 1992.

Por outro lado, um segundo problema se coloca: como distinguir, nas associações produzidas, as que têm um caráter prototípico daquelas que são centrais, portanto organizadoras da representação? Daí a extrema importância dos cuidados na coleta do material⁸.

• *Mapa associativo*

Um dos problemas da livre associação que impõe a utilização de técnicas complementares de coleta de dados, deve-se à dificuldade de interpretação dos termos produzidos pelo indivíduo. Se, por um lado, sabe-se que o termo produzido é de fato um elemento da representação, em contrapartida seu significado não aparece explícito por falta de contexto semântico. A presença de um mesmo termo pode, portanto, ter significados radicalmente diferentes para um mesmo indivíduo, dependendo do contexto no qual é enunciado.

Buscando superar essa limitação, ABRIC (1994) propõe um outro método de associações livres que denomina de mapa associativo. Os princípios propostos pelo autor são os seguintes:

1. Numa primeira fase, a partir de uma palavra indutora, são produzidas livres associações;
2. Após essa coleta clássica de associações, pede-se ao indivíduo para produzir uma segunda série de associações mas, desta vez, a partir de pares de palavras compreendendo, respectivamente, a palavra indutora do início e cada uma das palavras associadas produzidas pelo indivíduo na primeira fase. Se, por exemplo, a partir da palavra indutora "função enfermeira", o indivíduo dá como associações: "cuidados", "relação", "tarefa", "escuta", pede-se que ele associe novamente e sucessivamente sobre cada um dos seguintes pares: "função enfermeira-cuidados", "função enfermeira-relação", "função enfermeira-tarefa", "função enfermeira-escuta". Obtem-se, então, uma segunda série de associações, reunindo um conjunto de cadeias associativas de três elementos;
3. Cada uma das cadeias associativas é, então, utilizada para solicitar novas associações ao indivíduo. Agora, por exemplo, ao par "função enfermeira-escuta" foram associados os termos seguintes: "papel próprio", "disponibilidade", "formação". Pede-se, então, ao indivíduo para fazer novas associações sobre as seguintes séries: "função enfermeira-escuta-papel próprio", função enfermeira-

⁸ ver a esse respeito DE ROSA, 1988; LE BOUEDEC, 1984.

escuta-disponibilidade", "função enfermeira-escuta-formação". Assim, explorando todos os elementos fornecidos pelo indivíduo, colhem-se cadeias associativas de quatro elementos. Desenha-se, a partir daí, uma árvore de associações, cujo centro é ocupado pela palavra indutora e os termos associados formam ramos associativos.

O autor observa que o método pode ser desenvolvido para obter cadeias de cinco e mesmo de seis elementos, mas as poucas experiências feitas para testá-lo mostram que é difícil ir além das três fases descritas.

Este método apresenta vantagens que devem ser destacadas: permite coletar um conjunto de associações mais elaboradas que na livre associação, além de identificar relações significativas entre os elementos do objeto em estudo.

2.1.2. Tratamento e análise de dados do conteúdo de uma representação

Conforme discutido, a maioria dos trabalhos sobre as representações sociais são iniciados a partir de investigações do tipo aberto, que permitem captar os universos semânticos através de material verbalizado. As técnicas mais freqüentemente utilizadas são a associação de palavras e os questionamentos estandardizados ou semi-estandardizados e as entrevistas. Este fato gerou debates importantes sobre a pertinência dos diferentes métodos estatístico e teórico de tratamento de tais dados. As divergências são mais fortes quando se referem a discursos coletados por meio de entrevistas, pelo fato de envolverem, não somente indicadores semânticos, mas também estruturas sintáticas.

O material assim obtido poderá ser tratado utilizando-se métodos de classificação automática; ou seja, o material poderá ser agrupado em uma lista de palavras citadas pelo conjunto da população, por um de seus grupos ou ainda por cada indivíduo. Fala-se, então, de *dicionários* que podem dar origem a diferentes tipos de tratamento. Globalmente, pode-se distinguir duas maneiras de tratar este tipo de material. A primeira, consiste em utilizar diretamente palavras para tornar evidentes os universos comuns em situações de diferentes estímulos. No segundo tipo de tratamento, as palavras são utilizadas para entender sua organização, para captar uma estrutura mais profunda do campo das representações sociais.

a) Análise de classificação hierárquica no tratamento das associações de palavras

Para entender o universo semântico de uma representação social, como passo preliminar, pode ser útil coletar os dados através da técnica de associação de palavras, a partir de termos que são utilizados para retratar o objeto da representação⁹.

A partir desse material, passa-se à análise propriamente dita que, num primeiro momento, consiste, em captar e analisar o *sistema de categorização* utilizado pelos indivíduos isolando-se, assim, o *próprio conteúdo da representação*.

Esses termos podem ser identificados pelas ligações que mantêm entre si e com o tema representado. São escolhidos quer por suas ligações de semelhança, de diferença, ou ainda de relações de implicações diversas. A comparação entre os dicionários obtidos para cada um dos termos permite, especificar o universo singular de um campo representacional bem como os universos de articulação com os termos próximos. Essa operação pode ser efetuada no conjunto de uma população, sem levar em consideração as variações individuais quanto à quantidade e natureza das palavras associadas. Admite-se, implicitamente ou não, que existe uma representação social única do objeto ou, no mínimo, uma forte base comum entre indivíduos. (DOISE, 1992)

b) Análise de classificação hierárquica no tratamento de respostas individuais

O agrupamento das variáveis pode ser efetuado a partir de um outro princípio, isto é, tratar as respostas, no plano dos indivíduos em lugar de basear a análise diretamente sobre a presença ou a ausência de respostas comuns a uma população.

Para utilizar este processo deve-se ter à disposição vários dicionários ou implantar uma outra técnica de questionamento. Por exemplo; propõe-se aos indivíduos uma lista estandardizada de palavras ou respostas pedindo-lhes para indicar seu grau de semelhança com um tema indutor. Assim torna-se possível comparar os níveis de respostas de cada indivíduo ou, em outros termos, captar as semelhanças e as diferenças entre respostas individuais num primeiro tempo.

⁹ Vide as pesquisas de DE ROSA, 1987; GALLI e NIGRO, 1990.

Fazer emergir uma estrutura comum aos indivíduos será um trabalho para um segundo momento.

Apesar de muitas pesquisas sobre as representações sociais utilizarem essa técnica, é necessário distinguir uma análise hierárquica baseada nos níveis médios, calculados para o conjunto da população, de outra construída a partir de níveis individuais¹⁰.

c) Análise de classificação hierárquica no tratamento de respostas mistas

GRIZE e cols. (1987) propuseram e validaram uma outra abordagem, que busca mesclar os princípios das duas primeiras.

Trata-se de, extrair os elementos organizadores desse conteúdo após ter isolado o conteúdo comum da representação de uma dada população. Três indicadores podem, então, ser utilizados: a frequência do item na população, sua ordem de aparecimento na associação (definida pela posição média calculada em relação ao todo da população), e a importância do item para os indivíduos (obtida pedindo-se a cada indivíduo para indicar os dois termos que lhe pareçam mais importantes).

A partir daí, um coeficiente de correlação significativa entre as duas classificações permite confirmar ou refutar a hipótese de que se está na presença de elementos organizadores da representação. A congruência dos dois critérios (frequência e posição) constitui um indicador da centralidade do elemento. Entretanto, a crítica que pode ser formulada aqui resulta da utilização, por esses autores, de um postulado que parece muito forte e mereceria ser verificado: em uma associação de palavras os termos citados no início são mais importantes que os outros. Mas também é verdade que o fato de tratar-se da posição média, isto é, obtida em relação ao todo da população, torna este postulado mais aceitável. (ABRIC, 1994)

Em um artigo mais recente VERGÈS (1992) propõe completar esta análise verificando se as palavras mais frequentes permitem criar um conjunto de categorias, organizado ao redor desses termos, confirmando assim as indicações sobre seu papel organizador da representação.

¹⁰ Para um aprofundamento na discussão dos tipos de análise de classificação hierárquica consultar, por exemplo, HUDSON, 1982; ALDENDERFER e BLASHFIELD, 1985.

O próprio campo semântico pode ser analisado de maneira descritiva ou comparativa: por comparação de campos semânticos produzidos por duas populações diferentes (HOGENRAAD e MORVAL, 1970) ou para a mesma população em momentos diferentes; antes e após uma informação ou uma formação, por exemplo (JACOBI, 1988). A análise itens léxicos de usando-se categorias como tipo de vocabulário, dispersão, ocorrências, e co-ocorrências, relacionamento verbos-adjetivos, etc., completada pela análise das categorias temáticas, fornece informações importantes sobre a natureza do conteúdo da representação.

É importante destacar que as estruturas colocadas em evidência pela análise de classificação hierárquica devem ser analisadas em função dos dados que foram introduzidos. Conforme já evidenciado, esses dados podem ser provenientes de questionamentos muito diferentes. É necessário, ainda, destacar que se trata de uma classificação de itens baseada em um critério de proximidade. Portanto, afirmar que o campo de representação que é assim colocado em destaque é, necessariamente, comum aos indivíduos ou aos grupos que compõem a população pesquisada.

As técnicas de classificação visam, de fato, a obter a maneira pela qual os elementos de uma representação social são organizados em categorias. O critério utilizado para a classificação depende da proximidade ou da semelhança dos elementos. Conseqüentemente, a aplicação de uma tal análise decorre da hipótese, muitas vezes implícita, de que os indivíduos ao responderem já o fazem comparando os elementos e organizando-os em classes. Além disso, supõe-se a priori que os indivíduos ou grupos de indivíduos não só compartilhem da mesma referência categorial, mas que existem visões consensuais da organização em classes dos elementos do campo das representações sociais. A análise de classificação hierárquica faz emergir uma ordem nas ligações entre os elementos mas faz aparecer, também, a heterogeneidade das categorias.

Sobre os resultados obtidos através da organização das associações livres podem ser utilizados outros métodos como a análise de semelhança, análises multidimensionais ou análise de correspondências, que serão tratados a seguir.

d) Análise do Mapa Associativo

A análise de um mapa associativo pode ser realizada da mesma maneira que na livre associação. Inicialmente sobre a primeira série de associações, depois sobre o grupo 1ª. série - 2ª. série, e finalmente sobre o grupo completo de associações produzidas; podem ser calculados índices de frequência, de posição, bem como suas correlações. Uma análise categorial do corpo de textos pode também complementar o trabalho.

Um outro trabalho específico pode ser realizado com o conjunto de cadeias associativas produzidas. A análise das cadeias permite colher e analisar um conjunto de relações significativas da natureza da representação do indivíduo ou de certas dimensões desta representação. Enfim, ela permite captar os "termos de ligação", isto é, os termos que organizam um conjunto de relações significativas ou que intervêm na transformação do significado de diferentes cadeias. (ABRIC, 1994)

e) Análise de semelhança

FLAMENT (1986) propõe uma outra maneira de classificar os termos de uma produção discursiva baseando-se em um coeficiente de semelhança. O método proposto pelo autor, a *análise de semelhança*, pode ser definido resumidamente da seguinte maneira: "Admite-se que dois itens serão ainda mais próximos na representação quanto mais elevado for o número de indivíduos que os tratem da mesma maneira (que aceitem os dois ou que rejeitem os dois); em seguida calcula-se um coeficiente de contingência que é um índice de semelhança clássica". (p.141)

Obtém-se, assim, uma matriz de semelhança comparável àquela baseada no índice de semelhança pareada, que pode ser simplificada pesquisando-se a árvore máxima do sistema. Essa noção decorre da teoria dos gráficos e propõe um desenho "conexo e sem ciclo", ou seja, um gráfico no qual todos os elementos, formando os topos dos gráficos, são ligados entre si existindo um só caminho para ir de um elemento a outro. (DOISE, 1992)

2.2. Métodos de identificação da organização, estrutura e orientação de uma representação social

As técnicas clássicas de coleta de dados (entrevistas, questionários) permitem o acesso à estrutura interna de uma representação, mas isto só é assegurado a partir de análises mais profundas de produções discursivas (JODELET, 1989 b); ou graças a uma transformação, muitas vezes difícil, do material qualitativo em unidades de significados quantificáveis (YAPO YAPI, 1992); ou ainda através da utilização de questionários especificamente construídos para permitir análises estruturais (ABRIC, 1984; GUIMELLI, 1988), especialmente a análise de semelhança. Os questionários tradicionais permitem, no máximo, a identificação dos eixos ou dos fatores gerais que organizam a representação.

Em contrapartida, a determinação do núcleo central da representação parece ser uma tarefa mais fácil através de um conjunto de técnicas cuja utilização é recente e que baseiam-se num mesmo princípio: solicitar ao indivíduo que efetue, na sua própria produção, um trabalho cognitivo de análise, de comparação, de hierarquização. (ABRIC, 1994)

Esse princípio metodológico reduz, em grande parte, a interpretação ou a elaboração do significado pelo próprio pesquisador e torna a análise dos resultados mais fácil e mais adequada.

2.2.1. Coleta de dados

A. Métodos de identificação das relações entre elementos da representação

• Constituição de Pares de Palavras

Trata-se de pedir ao indivíduo a constituição de um conjunto de pares de palavras que, segundo sua concepção, sejam associadas, a partir de um conjunto discursivo que ele próprio produziu ou por associações livres, por exemplo. A análise de cada par permite determinar o *sentido dos termos* utilizado pelos indivíduos, como no mapa associativo), e de reduzir uma eventual polissemia.

Torna possível ainda, identificar os elementos organizadores da representação, na medida que, ao analisar a ocorrência repetitiva de uma

mesma palavra, possibilita a identificação dos termos polarizadores ou palavras de ligação associadas a vários elementos da representação, que podem ser seus organizadores.

Enfim, uma vez terminada a entrevista, a lista dos pares revela o tipo de abordagem seguida pelo indivíduo; ou seja, o tipo de relações que ele utilizou para associar dois termos: semelhança de sentido, implicação, contraste, etc.

A técnica pode ser enriquecida pedindo-se ao indivíduo para escolher os pares que lhe pareçam mais importantes, possibilitando assim a identificação da estrutura da representação baseada numa hierarquia de seus elementos

• *Comparação pareada*

Muito bem ilustrado por LE BOUEDEC (1984), e discutido por DI GIACOMO (1981), MONTEIL e MAILLOT (1988), a técnica das comparações pareadas inspira-se numa discussão muito próxima à dos pares de palavras.

Essa técnica consiste em propor ao indivíduo todos os pares possíveis de um corpo de termos, se possível produzidos por ele próprio. Pede-se que ele indique, para cada par, uma escala de semelhança entre os dois termos, desde "muito parecidos" até "muito diferentes". Solicita-se, em seguida, que ele construa matrizes de semelhança. Estas permitirão um tratamento estatístico pelos métodos multidimensionais, fazendo aparecer uma hierarquia dos fatores e permitindo atingir o que LE BOUEDEC (1984) chama de "*trama primitiva*" ou "*fundamental*" da representação.

• *Constituição de conjuntos de palavras*

Esta técnica consiste em pedir ao indivíduo para agrupar, em "pacotes", os itens que ele produziu ou que lhe foram propostos, agrupando as palavras que "combinam entre si", e depois perguntar sobre as razões dos seus reagrupamentos e/ou pedir para que ele dê um título a cada um dos grupos constituídos.

O objetivo aqui é captar as estruturas esquemáticas da representação analisando as divisões feitas pelos indivíduos e seus motivos, a partir das ligações de semelhança. Isto é, abordar os "princípios da construção" da representação (VERGÈS, 1984). Pode-se extrair, por exemplo, os eventuais eixos de articulações entre os diferentes conjuntos (uma mesma palavra podendo estar presente em

várias categorias) e identificar famílias de palavras de ligação. Pode-se, ainda, analisar a co-presença das palavras em cada "pacote", e construir um gráfico de semelhança que dá, freqüentemente, uma informação essencial sobre a organização interna da representação. (GRIZE, 1987)

Os autores citados completam este tipo de análise com um método já utilizado por VERGÈS (1984) e que consiste em pedir ao indivíduo para estabelecer relações entre uma série de itens propostos, ligando com uma flecha as palavras que lhe parecem ter maior relação entre si, depois interrogá-lo sobre as razões e a natureza das relações que ele indicou.

O tratamento desses dados por análise de semelhança permite construir um gráfico que, por hipótese, é representativo da "estrutura cognitiva da representação pelo estabelecimento de zonas de polaridade e pela centralidade de certos termos" (GRIZE, 1987). Há porém uma reserva importante a fazer: os termos propostos são em número restrito e, sobretudo, são impostos aos indivíduos.

B. Métodos de hierarquização de itens

Nas técnicas precedentes o peso de cada item da representação é identificado, de certa forma, indiretamente pela análise dos pares de palavras ou re-agrupamentos. Duas outras técnicas visam destacar esta hierarquia, incitando o indivíduo a produzi-la diretamente efetuando séries de triagens sucessivas.

• As triagens hierarquizadas sucessivas

A análise da produção de associações livres consiste em cruzar duas informações: a freqüência de aparição de um termo e sua posição na produção; no entanto, conforme destacado, tal método apresenta uma restrição quanto à utilização deste último índice que supõe que os itens mais importantes são citados em primeiro lugar na medida em que o indivíduo efetua a associação, hipótese essa amplamente contestada. Para suprimir esta dificuldade ABRIC (1989; 1994) propõe calcular a posição, portanto a importância de um item, a partir de uma atividade de hierarquização de elementos realizada pelo próprio indivíduo, denominada "*triagens hierárquicas sucessivas*".

O princípio do método consiste, primeiramente, em colher um conjunto de associações sobre o tema de representação estudado. Assim dispõe-se de um conjunto de "n" itens, para um grupo dado. Neste conjunto ficam os itens produzidos com maior frequência, tendo-se o cuidado de escolher uma quantidade importante de itens (em geral 32) de maneira a ter um corpo de estudo amplo incluindo itens pouco frequentes.

Esta lista de itens é então proposta num segundo tempo ao entrevistado, sob a forma de 32 fichas correspondendo aos 32 itens; pede-se então para separar em dois pacotes: um pacote dos 16 itens mais característicos do tema estudado, e outro contendo os 16 itens menos característicos. Sobre os dezesseis itens escolhidos pelo indivíduo como sendo os mais característicos, ele recomeça a mesma operação: escolha de oito itens os mais e os menos representativos, e assim por diante sobre os quatro, depois sobre os dois itens selecionados.

Obtém-se, assim, uma classificação por ordem de importância do conjunto de itens propostos para cada indivíduo. A partir desta escala pode-se calcular a posição média de cada item numa população dada. Em seguida, pode-se retornar às análises clássicas das associações livres, e considerar qual correlação positiva frequência-posição média é um indicador de primeira importância para identificar os elementos centrais da representação no grupo estudado.

• *As escolhas sucessivas por blocos*

Se a técnica anterior permite uma análise de semelhança tradicional, ela dificilmente possibilitará calcular um dos índices que mais importam para o estudo das representações, o índice de distância (DEGENNE, 1985). Este índice permite estudar, ao mesmo tempo, as relações de semelhança e as relações de antagonismo ou de exclusão.

A partir de uma lista de vinte itens, pede-se aos indivíduos para efetuarem uma série de escolhas por blocos. Eles selecionam, primeiramente, os quatro itens que lhe parecem ser os mais importantes e aos quais é dada a nota (+2). Depois pede-se que eles escolham, entre os dezesseis restantes, os quatro itens menos representativos, com nota -2. Depois, entre os doze itens restantes, eles apontam sucessivamente os quatro mais importantes (nota +1) e os quatro menos importantes (nota -1). Os quatro itens restantes são então pontuados com nota "0".

Assim cada item recebe uma nota variando de (+2) a (-2) a partir da qual pode ser calculado um índice de distância que, como numa correlação, varia de (+1), semelhança máxima, a (-1), exclusão máxima.

A vantagem da técnica, além daquelas próprias da análise de semelhança, é possibilitar uma abordagem quantitativa, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos da representação em grupos diferentes. (GUIMELLI e JACOBI, 1990)

2.2.2. Análise de dados

Neste tópico do trabalho serão apresentadas algumas técnicas de análise que objetivam acessar a organização de uma representação social, assim como sua orientação, ou seja, o aspecto "atitudinal" das mesmas.

A análise da organização interna e orientação das representações implica em reconhecer alguns aspectos que participam da sua leitura, ou seja, pode-se analisar posições consensuais entre diversos indivíduos; ou, a variação das representações entre indivíduos, que são variações na "tomada de posição" em contextos comuns; ou, ainda analisar as relações entre representações e inserção social.

As técnicas de análise de dados são específicas para cada um dos objetivos propostos. Seu alcance também é limitado pela dimensão representacional que tais técnicas são capazes de revelar: objetivação, princípios organizadores ou ancoragem. As técnicas de análise de posições consensuais das representações possibilitam, também, o acesso à sua objetivação, no entanto, para o estudo da ancoragem é necessário reintroduzir a idéia de variações interindividuais.

Conforme discutido em capítulo anterior, a objetivação é definida como "o processo através do qual um objeto abstrato, um conceito, se transforma em uma imagem ou em um esquema figurativo", portanto as pesquisas empíricas podem destacar o produto dessa transformação. (DOISE e cols, 1992)

Segundo o mesmo autor, não se pode reduzir as representações sociais a uma estrutura hierarquizada de palavras ou de imagens apenas, no entanto, pensada nesses termos, a objetivação pode ser vista como um momento

dentro de um processo de construção de uma realidade, momento que se desenvolve a partir da formalização de um saber concreto e cotidiano e que, em contrapartida, transforma esse "saber puro" em uma nova realidade.

No primeiro conjunto de técnicas que acessam o processo de objetivação das representações, colocam-se as análises multidimensionais (MDS), as análises fatoriais de correspondências (AFC), e as escalas de atitudes. Para o desvendamento da ancoragem e dos princípios organizadores são utilizadas as diversas técnicas de análise fatorial e o modelo INDSCAL. As outras técnicas que serão abordadas neste trabalho têm um alcance diversificado, podendo acessar a objetivação, os princípios organizadores ou a ancoragem.

A) Métodos de análise multidimensional

Conforme apontado anteriormente, a análise de classificação hierárquica tem como uma de suas vantagens a ordenação das ligações entre os elementos da representação, mas faz aparecer, também, a heterogeneidade das categorias. Quando essa heterogeneidade aumenta, o postulado de base da análise se enfraquece e os resultados tornam-se menos claros.

Em lugar de efetuar uma categorização entre os elementos do campo, os indivíduos podem distinguir graus. Deve-se considerar, então, que a organização do campo não se limita a uma classificação entre o que se aplica e o que não se aplica a tal definição, entre o que descreve tal ou qual aspecto, por exemplo. Mas está baseada no posicionamento dos elementos sobre uma ou várias dimensões, tais como grau de aplicação de tal definição, grau de descrição de cada aspecto. Desta forma, as técnicas multidimensionais de análise *permitem captar a organização do campo representacional* reduzindo os elementos, constitutivos da representação em pontos de referência.

Essas técnicas são freqüentemente utilizadas dentro de uma ótica mais ambiciosa nos estudos da objetivação. Recorrendo a análises multivariadas tais como de escalas multidimensionais (MDS) ou análise fatorial de correspondências (AFC), vários autores pretendem captar as estruturas mais complexas da representação, fazendo, ocasionalmente, intervir dimensões de importância variada. Possibilitando assim, obter uma estrutura mais central em relação a outras modulações eventuais. O postulado implícito a esta posição é que *a organização dos dados num espaço multidimensional decorrente dessas*

análises seria, de certa forma, a expressão da organização cognitiva dos elementos do campo representacional. A estrutura cognitiva é, assim, considerada mais complexa do que aquela que postula uma "simples" classificação dos elementos. Os indivíduos não dividiriam somente um referencial categorial comum mas, igualmente, funções de tratamento da informação através de diferentes critérios de corte, de ordenação e de orientação dos elementos do campo. (DOISE e cols., 1992)

Algumas técnicas de análise multidimensional *permitem estudar os princípios organizadores das variações individuais de respostas*; na verdade as variações, a heterogeneidade estão na base do uso das técnicas multidimensionais.

A utilização das MDS distingue-se da análise fatorial por algumas características que merecem ser destacadas. Nas MDS analisa-se as semelhanças ou diferenças entre estímulos em uma população supostamente homogênea. Em casos extremos, as distâncias entre estímulos são baseadas sobre as respostas de apenas um indivíduo, ao qual foram colocadas questões de semelhanças ou diferenças entre vários objetos. As distâncias podem, também, às respostas de uma amostra de indivíduos sem demonstrar as variações interindividuais.

As MDS são regidas por um postulado segundo o qual o plano das dimensões reflete o espaço perceptivo dos sujeitos (sujeito médio, ideal ou ainda prototípico no caso de dados agregados). As distâncias entre os estímulos são relacionadas a um conceito de "percepções subjetivas", de esquema cognitivo ou outro. Portanto, este postulado só pode ser considerado aceitável se for possível admitir que *uma medida pode fornecer um modelo da organização do espaço psicológico.*

Outro aspecto importante a destacar é que, dentro do estudo das representações sociais, as MDS possibilitam uma interpretação estática das proximidades e distâncias entre os estímulos (como uma imagem fotográfica). Se comparada à análise fatorial, esta opera uma interpretação dinâmica em termos de tomada de posições individuais dentro de um campo de conteúdos pré-existentes.

As técnicas de análise multidimensional¹¹ são baseadas como na análise de classificação hierárquica. A análise permite colocar os diferentes estímulos sobre um número limitado de dimensões mais frequentemente 2 ou 3 preservando as relações de distância entre elas. O número de dimensões consideradas depende da adequação do modelo, isto é, das distâncias representadas aos dados de base (as diferenças observadas). O ajustamento do modelo é indicado por uma medida chamada "stress". Esta medida fornece a proporção de diferenças empíricas que não são coerentes com as distâncias representadas. Quando existe uma relação ascendente perfeita entre as duas medidas, em outras palavras, quando as distâncias resultantes da análise e as diferenças observadas são classificadas de maneira idêntica, o "stress" é igual a 0. Geralmente, admite-se que um "stress" inferior a 10 permite considerar o ajustamento como satisfatório. (KRUSKAL, 1964)

Como visto anteriormente, a análise discutirá uma matriz de proximidade entre diferentes estímulos, portanto a interpretação dos resultados é feita, em geral, pela leitura do gráfico no qual são projetadas as coordenadas dos estímulos sobre as dimensões. Para interpretar as dimensões, é possível efetuar correlações entre as coordenadas dos elementos submetidos a MDS, utilizando julgamentos ou avaliações do significado desses mesmos elementos.

As análises multidimensionais são baseadas nas variações de opiniões, atitudes, comportamentos, dos indivíduos ou entre respostas individuais, segundo sua diferenciação, seu grau de adesão a esses diferentes tipos de crenças. Desta forma, podem ser aplicadas a dados de diversos tipos: associação de palavras, dados heterogêneos, etc., variando a técnica aplicada na dependência dos dados utilizados. Os objetivos, por sua vez, podem também ser variados: análise da estrutura comum de uma representação social, interpretações de variações individuais, diferenças entre tipos de respostas e características dos entrevistados, dentre outros.

Serão destacadas, a seguir, duas aplicações das MDS.

A1) Análise dimensional das associações de palavras

Certos autores acreditam que a comparação entre dicionários obtidos pela associação de palavras permite identificar uma estrutura específica de uma

¹¹ Ver BEAUVOIS e cols., 1990, 292-304 para uma introdução à essa técnica de análise em coeficientes de proximidade entre estímulos

representação social, conforme discutido anteriormente. Neste caso, após a construção de uma matriz de semelhança, esta pode ser tratada por uma técnica de análise multidimensional. Às vezes, essa análise vem após a análise de classificação hierárquica,² de maneira a captar mais de perto os grupos de estímulo criados por esta última.

As análises de associações de palavras partem de uma *perspectiva consensual das representações sociais*. DE ROSA (1987, 1988) mostra que um mesmo espaço dimensional permite identificar contrastes entre diferentes alvos de estímulos, operados por grupos diferentes de sujeitos. Isto significa que o tratamento do material semântico maximiza a homogeneidade desses contrastes. A variedade semântica entre os estímulos ou os grupos de indivíduos é reduzida operando de um lado, uma simplificação na organização do campo, e de outro uma redução dos seus sentidos.

Parece que, neste tipo de análise, as proximidades semânticas entre os dicionários apresentam a vantagem de distinguir entre diferentes dimensões sobre as quais cada termo indutor indica um grau, mais do que de definir uma clara categorização desses três aspectos. Tais conclusões são reforçadas quando os coeficientes de similaridade entre os dicionários são relativamente elevados.

Os resultados obtidos através da análise dimensional são de interpretação mais fácil do que aqueles resultantes da análise de classificação hierárquica. Pode-se perguntar se a MDS define os reagrupamentos resultantes da análise precedente, ou se ela propõe uma grade de organização de dados mais adequada e auto-suficiente, ou ainda, se os três grandes conjuntos que compõem a árvore hierárquica não representam melhor as relações que os pesquisados estabelecem entre as diferentes palavras indutoras. Tais questões, no entanto, são de difícil aclaramento.

Com relação ao tipo de dado analisado, cabe destacar que o espaço dimensional construído a partir de dados recolhidos por um questionamento fechado é menos complexo e mais facilmente interpretável do que aqueles dados derivados de um questionamento aberto. Ou seja, é mais provável recuperar uma organização estrutural simples, quando se controla a priori os estímulos sobre os quais os sujeitos se manifestam, do que quando esses estímulos são gerados pelos próprios sujeitos. (ROSENBERG e SEDLACK, 1972)

A utilização das MDS com material heterogêneo é bem mais complexa e de difícil aplicação. Esse tipo de material traz um enriquecimento metodológico e interpretativo importante para a análise e é denominado de "análise dimensional de dados heterogêneos".

A2) Modelo INDSCAL (*Análise multidimensional das diferenças individuais*)

O modelo INDSCAL¹² amplia e supera as características de outras técnicas do tipo MDS. O modelo se aproxima da análise fatorial sem se confundir com ela.

O INDSCAL visa a *destacar uma estrutura de conteúdos compartilhados contra um pano de fundo de diferenças ou pontos de vista individuais, buscando indicar as distorções individuais de uma estrutura média*. Na MDS, uma única matriz de distâncias ou semelhanças é submetida à análise. Essa matriz apresenta, na maioria das vezes, a média das respostas do conjunto dos indivíduos interrogados. As diferenças entre os indivíduos, desaparecem na produção de uma tal matriz. Na abordagem do tipo INDSCAL, ao contrário, as variações interindividuais, são submetidas à análise tantas matrizes de distâncias (ou semelhanças) quantos forem os indivíduos interrogados. Enquanto a análise fatorial visa a uma descrição detalhada das variações interindividuais, o INDSCAL objetiva *uma descrição de variações entre matrizes de distâncias diferentes*.

Esse modelo permite, primeiramente, descrever um espaço comum, médio (COXON, 1982) entre as respostas dos diferentes indivíduos, conceitualmente análogo e empiricamente semelhante ao espaço obtido com a ajuda da MDS. A novidade consiste no fato de que, para cada indivíduo interrogado, são sucessivamente associados pesos que relacionam esse espaço comum aos espaços "privados" de cada indivíduo. O peso de um indivíduo, quando é aplicado às coordenadas dos estímulos da dimensão comum correspondente, provoca uma deformação (uma ampliação ou um encolhimento, conforme o valor do peso) dessa dimensão comum. A distorção do espaço comum tem como efeito fazer corresponder esta dimensão média às respostas de um indivíduo em particular. Assim, os espaços privados correspondem, estretamente, às respostas reais dos indivíduos.

Os pesos, na abordagem INDSCAL, mantêm uma relação evidente com as pontuações da análise fatorial. Entretanto, o peso não é um indicador de

¹² Individual Differences Multidimensional Scaling; CARROLL e CHANG, 1970.

posição sobre a dimensão comum. Ele indica a importância dessa dimensão, para o indivíduo. Dito de outra maneira, o peso indica em que grau essa dimensão é utilizada pelo indivíduo nos seus julgamentos, fraco no caso de achatamento ou forte no caso de ampliação. Por essa razão os pesos têm, geralmente, um único valor positivo.

Em resumo, os espaços comum e privado são as duas noções fundamentais do modelo INDSCAL. O espaço comum é a configuração dos estímulos num plano de duas dimensões ou mais. Trata-se, portanto, de um espaço teórico ou de referência ou ao qual correspondem, em diversos graus, os espaços de todos os indivíduos e a partir do qual calculam-se os espaços privados correspondentes a cada indivíduo. Por conseguinte, o espaço comum não descreve as respostas de nenhum indivíduo em particular. As dimensões são apresentadas, como na análise fatorial, em função decrescente da proporção de variação explicada.

Em última análise, esse modelo possibilita a visualização gráfica das ligações que existem entre espaços comuns e privados, avançando em relação à análise fatorial, possibilita ainda maneiras diferentes de tratar os pesos dos indivíduos e seus espaços privados, e finalmente, uma variante do modelo INDSCAL permite a identificação de modalidades específicas de variações de respostas.

B) Análise fatorial

A análise fatorial (ou a análise de regressão múltipla), serve para *resumir as variações de um campo de representações em uma população dada*. Esta técnica possibilita um exame bastante detalhado das ligações entre perfis de respostas individuais dentro dessa população, porém em detrimento do nível e da dispersão dessas respostas. Em contrapartida, outras técnicas como a MDS ou a análise de classificação, visam a observar as relações entre respostas através das distâncias médias entre estímulos. Trata-se, em geral, de estímulos colocados a uma população relativamente homogênea de indivíduos. Em resumo, a principal diferença entre essas técnicas depende do tipo de informação que é analisada. Portanto, é importante, do ponto de vista de quem utiliza esses dados, conhecer tanto as regras de aplicação, como as de interpretação da argumentação da análise escolhida.

Por análise fatorial entende-se uma vasta família de técnicas cujo denominador comum é liberar co-variáveis entre perfis de respostas. Além desta definição sumária, as abordagens fatoriais distinguem-se em função de um número considerável de propriedades. As diferenças tratam da variância total (análise em componentes principais) ou da variância comum a todas as variáveis (análise fatorial). Essas são consideradas sobre as unidades analisadas (geralmente respostas, mas em certos casos igualmente indivíduos, etc.), ou ainda, sobre o tipo de coeficiente de ligação utilizado (o mais popular é a correlação de Pearson), a concepção da estrutura fatorial (rotações dos fatores no sentido de uma estrutura simples do tipo ortogonal ou oblíquo), etc. (DOISE e cols., 1992)

Alguns conceitos associados à análise fatorial serão sucintamente apresentados a seguir, fundamentados nas definições estabelecidas por DOISE.

• Tipos de análise fatorial

É necessário partir de uma distinção fundamental entre duas técnicas específicas de análise fatorial, a análise de *componentes principais*, que pode ser comparada à análise de correspondências, e a análise fatorial de *variância comum*.

As técnicas de *componentes principais* reproduzem com parcimônia a variação total de um grande número de variáveis (nos casos mais comuns de 10 a 40) em um número sensivelmente mais restrito de dimensões (geralmente de 2 a 6). A amostra dos indivíduos deve ser, pelo menos, tão importante quanto o número de variáveis mas, se possível, de quatro a cinco vezes maior.

A análise opera uma redução dos dados de partida e implica, necessariamente, numa certa perda de informações em relação às respostas dos indivíduos. Ela fornece, em contrapartida, uma visão bem estruturada e imediatamente acessível da maneira como as variáveis co-variáveis, se opõem, ou são independentes entre si. O algoritmo resulta da extração das dimensões, que são chamadas também de fatores; este termo deveria, entretanto, com todo rigor, ser reservado ao produto da análise em fatores comuns.

A saturação (ou correlação) de cada variável em cada dimensão, indica a contribuição da variável à dimensão em questão. As saturações são tão elevadas que as variáveis correspondentes contribuem para dar um sentido à

dimensão. O quadrado de uma saturação fornece a proporção de variância comum da variável correspondente que é explicada pela dimensão (assim, uma saturação de 0,80 indica que 64% da variação da variável são explicadas pela dimensão). Só são consideradas, em geral, para fins da interpretação de dimensões, as saturações que atinjam um valor de $\pm 0,30$ (o que corresponde aproximadamente a 10% da variância explicada). O sinal da saturação é um elemento importante, tal como ele o é dentro do exame das correlações entre duas variáveis. Duas variáveis que têm saturações de mesmo sinal (positivo ou negativo) sobre uma dimensão, co-variavam nesta dimensão. Se as saturações têm sinais opostos, elas contribuem de maneira oposta para o significado da dimensão.

Distinguem-se, habitualmente, três tipos de dimensões: a primeira descreve a direção principal do feixe de correlações. Esta dimensão é mais freqüentemente um fator geral sobre o qual todas as variáveis tem saturações positivas e relativamente elevadas. Ela descreve, então, uma fonte de variação que atravessa o conjunto da população analisada: a dimensão está presente em todos os indivíduos, mas, em graus diferentes.

Pode-se imaginar, por exemplo, que seja solicitado aos indivíduos uma auto-descrição a partir de uma série de características e com a ajuda de escalas de intensidade. Na maioria das vezes, a primeira dimensão extraída é uma dimensão geral, esta dimensão pode ser interpretada como o reflexo da tendência dos indivíduos em descrever-se de maneira positiva, dando uma imagem positiva deles próprios. A valorização de si mesmo produz, assim, uma inflação de correlações positivas entre as diferentes características valorizadas dentro do mesmo sentido. A positividade elaborada pelos indivíduos a respeito das escalas é responsável por este aumento das correlações entre as mesmas.

Pode-se concluir que o aspecto de positividade é uma característica da população analisada. Esta conclusão, no entanto, não implica em que todos os indivíduos tenham se valorizado na mesma medida. A heterogeneidade dos níveis médios de valorização é, ao contrário, uma condição de aparecimento desta dimensão geral. As dimensões sucessivas serão dimensões específicas ou de grupos. As dimensões de grupos são constituídas por duas ou mais variáveis que covariam sobre uma dimensão. Quando sinais positivos e negativos estão presentes sobre a mesma dimensão são chamados de fatores de grupo bipolares (em oposição aos unipolares). É o caso, por exemplo, das descrições

de si próprio, quando estas se referem a escalas de masculinidade e feminilidade. Estes dois tipos de escalas sobressairão sobre uma dimensão, na medida em que mais os indivíduos assumam as características masculinas, menos eles aceitam as características femininas, e vice versa. Enfim, os fatores específicos são aqueles que não comportam saturações elevadas para uma variável de cada vez. Geralmente, o pesquisador interrompe a análise antes da aparição de tais dimensões.

A análise de *fatores comuns* é o modelo clássico de análise fatorial. Esta técnica descreve a variação comum de um conjunto de variáveis. Os fatores podem ser considerados como causas de variação subjacentes ao conjunto das variáveis. Em termos teóricos, a diferença essencial com relação aos modelos precedentes é que a variação extraída por esta forma de análise diz respeito somente ao que é comum ao conjunto das variáveis estudadas. Em termos práticos, a diferença decorre somente das hipóteses, das expectativas e deveriam ser sistematicamente formuladas a partir dos fatores obtidos e das propriedades desses fatores, inclusive seu campo preditivo. O caso extremo dessa aproximação é representado pela análise fatorial confirmatória, que é geralmente realizada através do programa LISREL.

• Os "scores" fatoriais

Com frequência interessa ao pesquisador conhecer a posição dos indivíduos sobre cada um dos fatores extraídos. As pontuações fatoriais fornecem essas posições. Cada fator extraído dá lugar a uma variável de pontuações fatoriais. Cada indivíduo terá assim um valor sobre cada uma dessas variáveis. Este valor indicará, para o fator em questão, a medida na qual o responsável participa no sentido fornecido pela dimensão. As pontuações fatoriais são novas variáveis que podem ser utilizadas depois de efetuada a análise fatorial, para examinar as respostas dos indivíduos em relação com outras características desses mesmos indivíduos. Pode-se, por exemplo, testar se os indivíduos que têm pontuações elevadas sobre uma dimensão de "masculinidade-feminilidade", diferem daqueles que têm pontuações baixas em relação a seu "amor próprio".

A prática da análise fatorial implica, além disso, em decisões tomadas pelo pesquisador durante as diferentes etapas de sua realização. Os impasses mais comuns ocorrem em relação ao número de fatores ou dimensões a serem extraídos às diferentes técnicas de rotação dos fatores a serem aplicados.

Com relação ao número de dimensões, vários critérios estão disponíveis, sendo o critério definitivo escolhido sobre bases empíricas. Certos especialistas avançam na idéia de que a interpretabilidade das próprias dimensões é um critério válido que define a finalização da extração de dimensões posteriores. Os fatores extraídos aparecem na ordem correspondente à quantidade de variação, do mais poderoso ao menos poderoso. O "valor próprio" é um indicador da quantidade de variância extraída e corresponde à soma das saturações sobre um fator, após sua elevação ao quadrado. Estando as variáveis, automaticamente, estandardizadas através dos cálculos de correlações, a variância de cada variável submetida à análise vale 1. Assim, um valor próprio de 5 em uma análise compreendendo 20 variáveis, significa que a dimensão correspondente a este valor próprio representa 25% da variação total. Considera-se, geralmente, que a proporção de variância explicada pelo conjunto dos fatores deva atingir 40%. Uma maneira de resolver o problema do número de fatores consiste, então, em extrair todos aqueles correspondentes a um valor próprio pelo menos igual a 1, isto é, resumindo a variação de pelo menos uma variável singular.

A interpretação dos fatores exige tantos conhecimentos, metodológicos como práticos. A fim de facilitar esta interpretação foram imaginados múltiplos procedimentos para efetuar uma "rotação de fatores para uma estrutura simples". As rotações visam simplificar a estrutura das saturações sobre as diferentes dimensões extraídas. A técnica de rotação mais popular, chamada "varimax" (variance maximum), produz os seguintes efeitos sobre as dimensões extraídas: cada variável terá correlações próximas a zero sobre todos os fatores exceto um; cada fator incluirá somente um número restrito de variáveis com correlações elevadas. Esta técnica respeita a perpendicularidade (a independência) entre as dimensões. Outras técnicas, chamadas de "rotação oblíqua", produzirão fatores correlacionados entre si. Sua interpretação torna-se, às vezes, mais trabalhosas. As aplicações dessas técnicas são, por conseguinte, menos numerosas.

Estudos demonstram que a análise fatorial pode ser aplicada quando o modo de questionamento restringe, fortemente, a variação das respostas de um mesmo indivíduo. Isso ocorre, por exemplo, quando um indivíduo deve ordenar suas preferências por uma série de objetos. Necessariamente, a expressão de uma primeira escolha limita as outras opções para o restante dos objetos, bem

como para a segunda escolha e assim por diante. Fala-se, então, de medidas "ipsativas".

B1) Análise fatorial das medidas repetidas ou "ipsativas"

Deve-se a CATTELL (1944), a distinção entre medidas normativas e "ipsativas". A normatividade designa a independência de duas medições efetuadas sobre os mesmos indivíduos. As medidas normativas comportam escalas distintas para cada pergunta. Conseqüentemente, a população dos que respondem está distribuída ao redor da média das respostas em cada escala. Assim, as respostas de um indivíduo a duas questões de opiniões são independentes uma da outra, possibilitando ao indivíduo, estabelecer quaisquer ligações entre as pontuações dessas duas perguntas. Deve-se destacar, entretanto, que esta independência métrica não implica, na independência psicológica das observações. Por "ipsatividade", ao contrário, designa-se a dependência das medidas. Duas perguntas são "ipsativas" quando a resposta a uma delas depende da resposta da outra. É o caso, por exemplo, quando se pede aos indivíduos para ordenar dois itens de representações sociais em função do grau de concordância com cada um dos itens. Se um indivíduo coloca um dos dois itens em primeiro lugar (pontuação 1), o outro item poderá obter somente a pontuação 2. Este também é o caso quando é considerada a ordem de aparecimento das respostas. Portanto, as medidas "ipsativas" possibilitam o estudo das variações intra-individuais.

Um quadro de dados "ipsativos" pode ser submetido à análise fatorial, porém, regras particulares deverão reger sua interpretação.

C) Análise de correspondências

A análise de correspondências é indicada, especificamente, ao estudo da ancoragem, exceção feita à análise fatorial das correspondências (AFC) que se destina ao estudo da objetivação, conforme destacado no início deste capítulo.

Sua utilização e a dos métodos que serão tratados em seguida, são indicadas quando o pesquisador deseja saber o que se passa quando os atores sociais assumem posições coletivamente, e se definem enquanto grupo. Pergunta-se, então, se o campo de representações muda quando a posição social dos atores é levada em conta.

O postulado de base dessas técnicas de análise é o de que o *campo das representações se configura como uma só realidade na qual os grupos ocupam posições diferentes*. Nessa ótica, são consideradas as posições ocupadas pelos indivíduos dentro dos grupos que podem ser definidas de diferentes maneiras. O trabalho consiste, então, em incluir essas posições variadas nas técnicas específicas. Algumas abordagens caracterizam-se pelo fato de que a análise dos efeitos das posições constitui uma operação efetuada "a posteriori", uma espécie de ponderação que é aplicada a uma estrutura multidimensional comum.

Outras técnicas, ao contrário, possibilitam a construção diretamente dos campos representacionais, que são a trama a partir da qual os grupos de indivíduos se diferenciam uns dos outros. Mais precisamente, as representações descrevem realidades específicas apenas na medida em que os grupos neles ocupem lugares diferentes.

C1) Análise Fatorial das Correspondências

A análise fatorial das correspondências (AFC) é uma técnica de tratamento de matrizes de dados de diferentes tipos (tabelas de contingência, tabelas de frequência, etc.) que está baseada na hipótese de independência entre as linhas e as colunas do quadro. O tratamento baseia-se numa decomposição da matriz de base em diferentes quadros mais simples, que permitem demonstrar os graus de independência expressos pelo χ^2 . A análise é efetuada pela reclassificação das linhas e das colunas de maneira a ordenar aquelas que estabelecem correspondência entre si e pela atribuição de uma posição a cada uma. Este procedimento permite maximizar a associação entre dois conjuntos de linhas e colunas, associação cuja intensidade é indicada por um coeficiente de correlação (o valor de uma dimensão é interpretado como um r de Pearson, o r^2 ou "lambda").

Esse tipo de análise permite, igualmente, determinar a posição de cada linha e coluna (modalidades) sobre o fator (dimensão). Geralmente, uma só dimensão não permite visualizar desvios em relação à independência contidos numa mesma matriz. A análise pesquisa uma segunda dimensão pelo mesmo procedimento, mas procurando um grau de associação máximo que seja independente do primeiro, e assim sucessivamente.

A interpretação dos resultados utiliza os gráficos nos quais figuram as coordenadas das linhas e colunas sobre duas dimensões. Para facilitar a leitura da figura, e contornar certas armadilhas inerentes à objetividade da representação espacial, a análise fornece a contribuição relativa do fator a cada modalidade e a contribuição absoluta respectivamente, até que ponto o fator expressa a variação desta modalidade e a contribuição de cada uma delas às taxas de variância explicada pelo fator. Esta última informação permite interpretar e nomear as dimensões¹³.

C2) Análise das correspondências dos quadros de freqüências

Na sua primeira acepção, a análise das correspondências é aplicada a quadros de dados qualitativos, de triagens cruzadas (ou quadros cruzados), isto é, de conjuntos de freqüências. A técnica toma, neste caso, o nome de correspondências simples ou estatísticas. Esta técnica é aplicada quando o pesquisador deseja identificar as variações sociais das respostas obtidas.

Pode-se imaginar que as freqüências de respostas aos itens de uma pergunta sejam cruzadas com o pertencimento dos entrevistados a grupos definidos pela sua posição social. A leitura de um tal quadro de dados informa sobre as ligações entre o pertencimento dos indivíduos aos grupos e suas respostas a uma dada questão. A análise de correspondências pode ser aplicada a um tal quadro. Ela é particularmente útil quando suas dimensões e a complexidade das relações não permitem uma compreensão fácil do seu conteúdo. Neste caso, a técnica não se limita a identificar uma ligação entre diversos componentes das representações sociais, ela permite perceber, igualmente, as relações entre esses componentes representacionais, bem como as inserções dos indivíduos nos grupos através de diferentes inserções sociais por exemplo.

C3) Análise de correspondências múltiplas

A lógica que fundamenta a análise das correspondências estatísticas, geralmente não inclui elementos complementares, mas pode ser estendida a fim de permitir a análise de uma vasta gama de dados que não têm a mesma estrutura de um quadro de contingência. Fala-se, então, de análise das correspondências múltiplas. Neste caso, a análise propriamente dita leva a uma

¹³ Para uma apresentação mais detalhada dessa técnica ver LORENZI-CIOLDI, 1983; CIBOIS, 1983; BEAUVOIS e cols, 1990)

matriz de dados cruzando um conjunto de modalidades, chamados elementos da representação, com os indivíduos. A inserção social desses indivíduos é introduzida num segundo momento da análise, na qualidade de elementos adicionais ou ilustrativos. Essa maneira de proceder é análoga àquela que consiste em efetuar uma análise de componentes principais sobre esses mesmos dados e calcular, em seguida, as posições individuais sobre os fatores ou pontuações fatoriais. Em seguida, passa-se ao estudo das variações dessas posições em função de variáveis externas, através da análise de variância de classificação hierárquica.

As regras de interpretação dos resultados das correspondências múltiplas e, em particular, as regras de leitura dos gráficos diferem num ponto importante em relação às correspondências estatísticas. Essa diferença é atribuída à presença das modalidades suplementares que têm um estatuto teórico e estatístico diferente. Os elementos adicionais ou as posições sociais, são colocados, pela análise, no centro do sub-conjunto de modalidades ativas, ou seja, as representações, dos quais eles estão mais próximos. Entretanto, as relações entre as modalidades adicionais devem ser ignoradas, uma vez que não participaram da construção dos eixos.

Essa abordagem é, sem duvida alguma, uma das mais úteis no estudo das representações sociais. Os grupos ou categorias de pertencimento dos indivíduos são projetados no espaço das respostas, portanto em algum tipo de representação.

O alcance de tal abordagem é descrito com clareza por CIBOIS (1984), ao afirmar que: *"Um outro exemplo muito típico consiste em opor ao universo das variáveis de opinião, aquele das variáveis de estatuto (chamados, por convenção, de explicativos) como sexo, idade ou categoria sócio-profissional. A experiência mostra que se todas essas questões são colocadas em variáveis ativas, torna-se muito difícil distinguir as ligações entre as opiniões, das ligações entre variáveis de estatuto. Ou seja, coloca-se em variáveis ativas somente as questões de opinião e em suplementares as variáveis de estatuto. Tem-se, assim, uma configuração de opiniões sem interferência de ligações devido as variáveis de estatuto. Por outro lado, as variáveis de estatuto vêm colocar-se o mais próximo possível das modalidades de opinião com as quais mais se parecem (aquelas escolhidas com maior frequência pelos mesmos indivíduos). Se houvesse uma independência entre variáveis de opinião e variáveis de estatuto, todas as modalidades suplementares de opinião viriam*

colocar-se no centro do gráfico. Ao contrário, se houvesse uma forte ligação entre certas modalidades de opinião e de estatuto, haveria uma conjunção muito forte que tenderia à superposição se, exatamente, os mesmos indivíduos escolhessem juntos as duas modalidades. Porém, na maioria das vezes, fica-se numa situação intermediária, ou seja, existe uma ligação entre as variáveis de opinião e as variáveis de estatuto mas ela é muito mais forte do que, por exemplo, entre variáveis de opinião". (p. 130-31)

BOURDIEU (1979) foi um dos primeiros sociólogos a utilizar essa técnica para definir a ligação entre diferentes variáveis sócio-culturais e estruturas de opinião das classes dominantes. As posições sociais introduzidas habitualmente como variáveis adicionais pelos sociólogos compreendem, principalmente, inserções em conjuntos de relações sociais pré-existentes à investigação. Em função dessas posições compartilhadas com outros, supõe-se que os indivíduos atualizem as representações disponíveis no seu ambiente social.

D) Análise de segmentação

A análise de segmentação apresenta-se como uma técnica que *possibilita a separação e a determinação da importância relativa de fatores complexos, tais como, pertencimento a categorias, posições sociais, adesões a certas crenças, na atualização dos princípios organizadores das representações sociais*, uma vez que esses fatores podem estar superpostos de maneira complexa. Em outras palavras, ela possibilita a *visualização da hierarquia dos campos representacionais*.

A análise de segmentação ou de determinação automática das interações impõe uma amostra numerosa. Busca identificar, sistematicamente, quais variáveis independentes dividem uma amostra dada em dois sub-grupos ou segmentos de maneira que, para uma variável dependente, a diferença entre esses dois sub-grupos seja a maior possível. Dessa forma obtém-se uma homogeneidade máxima no exterior desses grupos. O procedimento é repetido para cada sub-grupo com as variáveis independentes restantes ou as divisões restantes das variáveis independentes já introduzidas. Cada sub-grupo pode, eventualmente, ser sub-dividido novamente em dois segmentos diferentes. Não são, portanto, as mesmas variáveis independentes que dividem cada sub-grupo já constituído. O procedimento pára quando as segmentações sucessivas chegam à constituição de sub-grupos demasiadamente reduzidos ou quando as diferenças entre eles tornam-se pouco importantes. (DOISE e cols., 1992)

E) Análise discriminante

As representações sociais não são necessariamente estudadas como campos representacionais únicos nos quais os grupos se situam em diferentes lugares. Certos pesquisadores interessam-se, diretamente em *identificar uma eventual variação da natureza dos campos representacionais em diferentes grupos*. A análise discriminante visa *testar o grau de homogeneidade no interior dos grupos de indivíduos procurando, ao mesmo tempo, uma distinção máxima entre eles*.

A análise considera a pertinência dos indivíduos a seus grupos respectivos usando as respostas dadas pelos mesmos a um certo número de questões. Este tipo de análise busca, assim, produzir funções que podem ser interpretadas como dimensões fatoriais com tanta precisão que oferecem configurações de respostas, permitindo distinguir os grupos de indivíduos, enquanto os fatores da análise fatorial permitem distinguir os indivíduos entre si. Desta forma, as funções discriminantes, como o nome indica, são tipos de fatores submetidos a uma exigência suplementar: a de diferenciar grupos de indivíduos, maximizando ao mesmo tempo a homogeneidade dos indivíduos dentro dos grupos.

Assim, enquanto a análise fatorial trata das variações inter-individuais, a análise discriminante aborda as variações inter-grupais. As respostas individuais são integradas às funções a partir da sua capacidade de discriminar os grupos de indivíduos. Essa propriedade da análise discriminante possibilita uma certa flexibilidade na sua utilização. Esta técnica pode ser utilizada de duas maneiras.

A primeira visa testar a homogeneidade de grupos de indivíduos objetivando, mais especificamente, a comparação da divisão dos indivíduos nos grupos decorrentes da análise (grupos pré-determinados) e a divisão que é efetivamente observada. Quanto mais duas linhas divisórias se superpõem, mais se poderá concluir que as fronteiras entre os grupos são nítidas e que esses são associados a campos representacionais específicos.

Também é possível usar a análise discriminante para descrever as diferenças entre os grupos. Neste caso, serão analisados os scores discriminantes e as contribuições das variáveis às funções, para indicar as propriedades que distinguem os grupos entre si.

2.3. Métodos de controle da centralidade

Alguns pesquisadores, preocupados com a validação da teoria do núcleo central, elaboraram técnicas que objetivam a confirmação da hipótese da centralidade dos elementos representacionais, obtidos a partir das análises anteriormente discutidas.

ABRIC (1994) resgata algumas dessas técnicas destacando que elas "são essenciais, tanto de um ponto de vista teórico, porque podem trazer uma confirmação da teoria elaborada, quanto do ponto de vista empírico, completando e confirmando os resultados obtidos por outros métodos" (p. 76-78). Três técnicas são discutidas pelo autor.

2.3.1. Questionamento do núcleo central

MOLINER (1992) propõe a verificação da centralidade, pressupondo que os elementos constitutivos da representação de um objeto ou de uma situação sejam conhecidos graças a um estudo preliminar. Essa técnica consiste em estabelecer uma lista de elementos que, supõe-se, constituem o núcleo central da representação. Em seguida, apresenta-se ao indivíduo um pequeno texto indutor que deve corresponder à sua representação do tema estudado.

Passa-se, a partir daí, à fase de controle da centralidade. Para isto será dada uma nova informação ao indivíduo; uma informação que põe em questão o elemento estudado. Pergunta-se então, se levando em conta essa nova informação, sua representação do tema mudou ou não. Ou, segundo Moliner, pergunta-se se ele mantém sua "grade de leitura". Questionando sucessivamente os diferentes elementos estudados, pode-se distinguir os elementos cujo re-questionamento provoca uma mudança da representação, estes são os elementos do núcleo central. Aqueles cujo re-questionamento não provoca nenhuma mudança são os elementos periféricos.

2.3.2. Indução por cenário ambíguo (IAS)

Em outro trabalho MOLINER (1993) apresenta uma técnica que oferece a vantagem de permitir, ao mesmo tempo, descobrir e controlar os elementos centrais de uma representação.

Partindo da idéia de que uma representação é um processo ativo de construção da realidade, o autor utiliza essa propriedade como ferramenta de identificação do núcleo central.

O método denominado de "indução por cenário ambíguo", consiste em propor ao indivíduo uma descrição ambígua do objeto da representação estudada. A ambigüidade do cenário proposto resulta do fato de que ele pode ser apresentado como algo que se refere ou não ao objeto da representação e, portanto, permite dois tipos de descrições diferentes. A análise e a comparação dessas descrições permitirão identificar os elementos centrais. As diferentes fases deste método podem ser ilustradas pelo trabalho de MOLINER (op.cit.) sobre a representação da empresa por parte de estudantes.

Nessa pesquisa o autor solicita aos indivíduos, num primeiro momento, para redigirem um texto sobre suas próprias concepções de empresa. A análise desses textos permite destacar os itens que refletem as diferentes opiniões. Passa-se, a seguir, para a construção de um cenário ambíguo que deve respeitar duas regras: Jamais fazer referência explicitamente ao tema estudado; não utilizar nenhum dos itens que refletem as opiniões dos indivíduos.

Este cenário ambíguo será apresentado aos entrevistados em duas modalidades diferentes, fazendo referência ao tema da representação. Conclui-se daí no primeiro caso: "é uma empresa"; e no segundo: "não é uma empresa", donde a importância da ambigüidade do cenário que deve permitir essas duas formulações contraditórias. Em seguida, propõe-se ao indivíduo o conjunto de itens identificados com a representação do tema, perguntando se o tema apresentado no cenário possui ou não essas características.

Passa-se, então, à análise das respostas que permite extrair dois conjuntos de itens:

- Os itens correspondentes às características escolhidas sem diferenciação nas duas modalidades do cenário (é uma empresa ou não é) e que não podem ser considerados como específicos do tema de representação. São considerados, portanto, elementos periféricos.
- Os itens escolhidos apenas quando se faz referência explícita ao tema (a empresa) e não na outra situação (não é uma empresa). Esses itens aparecem

como específicos do tema de representação em questão. Eles constituem o núcleo central, visto que determinam o significado da situação.

2.3.3. Esquemas cognitivos de base (SCB)

Elaborado por GUIMELLI e ROUQUETE (1992), esta técnica parte do seguinte princípio: a partir de um conjunto de pares de itens provenientes de uma associação livre, estuda-se os tipos de relações que essas palavras mantêm entre si. Utiliza-se uma lista definida e formalizada de operadores de relações organizados em famílias denominadas de "esquemas cognitivos de base". Pode-se, a partir daí, determinar o tipo de relação que um item mantém com os outros elementos da representação; estudar a maior ou menor quantidade de relações que o une a outros itens definindo sua valência e, então, considerar que esta valência define a importância ou a centralidade do item. Além de constituir uma boa ferramenta de identificação da estrutura de uma representação, este método oferece a vantagem de permitir, com certa facilidade, uma comparação entre duas representações de acordo com os tipos de relações e os esquemas que cada qual mobiliza.

3. Considerações gerais

Durante o desenvolvimento deste capítulo procurou-se copilar alguns trabalhos de relevância que tratam da questão metodológica dos estudos de representação social. Optou-se por destacar métodos e técnicas quantitativos de análise, especialmente sua aplicação a aspectos específicos das representações sociais, sua abrangência e limites, uma vez que tais métodos são pouco utilizados em nosso meio e talvez possam ser associados às técnicas qualitativas para um enriquecimento metodológico e melhor definição do objeto.

A tradição brasileira nesses estudos é a do uso de métodos qualitativos de análise, mais freqüentemente utilizados na sociologia e antropologia. Além da vasta bibliografia publicada no Brasil¹⁴, estas técnicas já foram objeto de estudo em trabalho anterior da autora

A questão de base nas discussões metodológicas sobre os estudos de representação social está ancorada na aparente oposição entre métodos quantitativos e qualitativos de análise de dados. Essa aparente oposição, apesar de gerar polêmicas, parece não resultar em dilemas de fato, uma vez que é possível observar empiricamente a emergência de resultados similares em estudos realizados com métodos diferentes além de, mais recentemente, a utilização associada de técnicas qualitativas e quantitativas terem permitido a obtenção de resultados complementares.

Um outro aspecto a destacar é que a escolha metodológica em si, já não apresenta um caráter de neutralidade, desde a consideração do objeto de estudo, até a opção técnico/ideológica do pesquisador. Por outro lado, essas escolhas derivam de um conjunto de situações contingenciais surgidas no desenrolar do processo de investigação, situações essas pouco referidas mas que participam igualmente da determinação dos métodos selecionados.

Considerando os aspectos acima, e ainda que atualmente nenhuma técnica, permite recuperar integralmente os três componentes de uma representação social, ou seja, seu conteúdo, sua estrutura interna e seu núcleo central, é fácil supor que a determinação de tal metodologia nem sempre siga

¹⁴ Vide SCHRAIBER, 1995; MINAYO, 1993; CIPRIANI, 1988; ADORNO, 1987; KOSMINSKY, 1986; THIOLLENT, 1980; QUEIROZ, 1953; 1981; 1983; BASTIDE, 1953, dentre outros.

caminhos claramente pré-definidos. Deve-se destacar, no entanto, que o nível da representação que o pesquisador deseja acessar deve intervir nessa escolha.

Uma abordagem multimetodológica pode apresentar-se como um caminho profícuo nos estudos que objetivam revelar os componentes da representação. ABRIC (1994) propõe as seguintes etapas, desenvolvidas de forma articulada:

1ª. etapa: A coleta do conteúdo da representação, para a qual a utilização da entrevista é indispensável. Mas, considerando as limitações reconhecidas deste instrumento, é interessante associá-la a uma outra técnica que permita reduzir os mecanismos de controle e de defesa que a entrevista possa gerar. Neste aspecto, a combinação da entrevista com um método associativo parece particularmente adequada.

2ª. etapa: A pesquisa da estrutura e do núcleo central. Em primeiro lugar, a meta é definir a organização do conteúdo em um sistema de categorias, sub-conjuntos temáticos ou "atitudinais"¹⁵ que constitui, de certa forma, o esqueleto da representação, ou seja, seu sistema de apoio. As técnicas de agrupamento dos elementos em classes parecem apropriadas para este propósito.

Passa-se então, à *identificação das ligações, das relações e da hierarquia* entre os elementos, o que permite o acesso à organização interna do conjunto dos componentes da representação. As técnicas que possibilitam que os próprios indivíduos produzam estas ligações são particularmente indicadas aqui: técnica de formulação de relações, constituição de pares de palavras, comparações pareadas.

Finalmente, são destacados os *elementos centrais*, ou seja, os elementos que organizam e dão significado à representação. Associadas aos métodos precedentes, as técnicas de triagem como o método ISA e o método de esquemas cognitivos de base, são aqui indicados.

3ª. etapa: A verificação da centralidade. À medida que a situação de coleta de dados permita, verificam-se os resultados obtidos nas fases precedentes, especialmente as hipóteses sobre a centralidade de tal ou qual

¹⁵ Termo utilizado pelo autor que não apresenta tradução semântica adequada na língua portuguesa, refere-se a uma certa orientação intrínseca observada nos discursos que também são observadas na representação sobre um dado tema.

elemento. O pesquisador dispõe, para isto, de três técnicas: a do questionamento do núcleo central, a da indução por cenário ambíguo, e a dos esquemas cognitivos de base.

4ª. etapa: A análise da argumentação. O pesquisador conhece, neste ponto do estudo, o conteúdo da representação, a estrutura interna e o núcleo central. Para completar a análise, resta verificar como os diferentes constituintes se integram num discurso articulado. Assim, após uma série de tratamentos analíticos, propõe-se voltar a uma abordagem mais sintética, para conhecer o funcionamento contextualizado da representação de forma a integrar os elementos situacionais ou contexto do estudo, as atitudes e os valores implícitos na produção dos indivíduos, e as referências à experiência vivencial individual ou coletivo. Esta é uma fase essencial do trabalho que vai permitir resituar a representação descoberta no seu contexto, captar as ligações entre essa representação e o conjunto de fatores psicológicos, cognitivos e sociais que a determinaram.

Essa fase de análise requer uma preocupação inicial do pesquisador em coletar dados contextualizadores, que possam ser recuperados posteriormente. Uma segunda alternativa é o retorno ao campo para a realização de entrevistas, buscando confirmar o conteúdo e as relações evidenciadas nas fases anteriores. A análise da argumentação objetiva, em última instância, possibilita compreender a representação nas suas dimensões individual e coletiva.

Uma última reflexão merece destaque: refere-se à coleta de informações sobre as práticas cotidianas, quando o foco de atenção do pesquisador é lançado sobre as relações entre práticas e representações. Na maior parte das pesquisas, as práticas sociais dos atores são inferidas a partir dos seus discursos, apesar da existência de técnicas específicas para um recorte focalizado nas práticas sociais ou individuais, tais como, a observação participante e a observação controlada ou orientada. Neste caso, trabalha-se, portanto, muito mais com "práticas representadas", do que com práticas efetivas, este será também o caso deste trabalho.

III. CONCEPÇÃO DA PESQUISA

1. Considerações Teóricas e Objetivos

O presente trabalho busca dar vez e voz a dois sujeitos sociais: o profissional de saúde, inserido na rede pública de serviços, que assume a função de promover a saúde da criança, e as mulheres que acompanham, intervêm, e facilitam, enquanto mães, o crescimento, o desenvolvimento e a saúde dos seus filhos.

Falar em sujeitos implica, no contexto do presente trabalho, em reconstruir um movimento coletivo que se torna vivo através das palavras, dos discursos dos indivíduos, que se constituem em sujeitos coletivos na medida em que suas idéias exprimem a intencionalidade de outros e recuperam a historicidade do pensamento coletivo.

Sobre o significado do termo, SADER (1988) assinala que *"...recorrendo à linguagem, enquanto estrutura dada, para poder expressar-se, o sujeito se inscreve na tradição de toda sua cultura. Mas, nesse mesmo ato de expressar-se, operando um novo arranjo das significações instituídas, ele suscita novos significados. Se pensarmos num sujeito coletivo, nós encontramos, em sua gênese, um conjunto de necessidades, anseios, medos, motivações, suscitados pela trama das relações sociais nas quais ele se constitui".* (p.58)

Os significados enunciados pelos sujeitos nos depoimentos dão corpo a conteúdos e demandas sociais que, antes da sua organização e verbalização, são apenas virtuais. É no ato de organizar a fala e enunciá-la que os entrevistados objetivam suas demandas latentes, ou seja, organizam e transformam suas concepções sobre a educação dos filhos, as práticas de promoção da saúde da criança e suas próprias motivações pessoais e grupais sobre as questões relativas à infância.

Ao conceber o sujeito coletivo e o conteúdo da sua fala ordenada como elementos de um pensamento social, não se objetivou tomar os depoimentos como verdades estanques, mas explicitar, num dado momento histórico, uma parcela do movimento complexo de produção de sentido operado pela população e pelos trabalhadores de saúde sobre a "promoção da saúde da criança", tomada aqui como objeto de estudo.

Reconhecer a complexidade de elementos presentes num depoimento ou no conjunto deles implica em reconhecer também os conflitos de sentido próprios ao setor saúde. Pois, para a população, falar de saúde significa falar de condições de vida e, para os profissionais, representa explicitar os limites institucionais colocados, as condições de trabalho, aquilo que lhes é permitido/possível fazer.

Através da análise dos depoimentos buscou-se evidenciar algumas matrizes discursivas que revelassem e organizassem as especificidades das representações no cotidiano vivido, seja nas práticas de educação dos filhos, na busca de saúde ou na garantia de um perfil "adequado" de desenvolvimento, revelando formas particulares de compreender e de promover a saúde da criança.

Partindo de tais premissas objetivou-se, neste trabalho, analisar as representações sociais acerca da realidade da prática profissional e familiar como também a auto-representação. Desta forma, tornou-se possível explorar de duplo modo a dimensão subjetiva da atenção à saúde da criança. Buscou-se, ainda, analisar o grau de coerência entre os dois grupos estudados paralelamente ao processo de violência simbólica consubstanciado nas práticas profissionais cotidianas das unidades básicas de saúde. Esses objetivos podem ser especificados como:

☛descrever as representações sociais e definir os perfis das práticas cotidianas de promoção da saúde da criança nos grupos estudados;

☛categorizar as representações, buscando definir e especificar os "núcleos estruturadores dos discursos" analisados;

☛discutir as relações estabelecidas entre as representações e as práticas nos grupos estudados;

☛analisar o processo de violência simbólica a partir da caracterização das

representações sobre as práticas profissionais e maternas;

• discutir as implicações do perfil representacional para os processos de intervenção que objetivam a promoção da saúde da criança e, portanto, seu crescimento e desenvolvimento.

2) Coleta de Dados

No presente trabalho a coleta de dados foi entendida enquanto processo de comunicação e de interação social, no qual a neutralidade da observação foi substituída por uma postura de questionamento que envolveu as condições da situação de entrevista em seus múltiplos aspectos. Tal postura é fundamental para a abordagem das representações sociais, uma vez que o compromisso com o conhecimento científico não implica na anulação das crenças e das emoções do pesquisado. Dá-se o contrário no caso dos estudos de representações sociais pois crenças e emoções estas podem ser tomadas como objeto e fazer parte do processo de construção do conhecimento.

Para a caracterização das representações sociais pode-se lançar mão de descrições, verbalizadas ou não a respeito de um dado objeto. Essa caracterização pode constituir-se de: a) descrições solicitadas ao indivíduo sobre determinado objeto, nos quais as dimensões abordadas são evocadas pelo próprio indivíduo; b) descrição do objeto a partir de um ou vários traços definidos pelo pesquisador, traços esses que retratam o objeto num espaço uni ou multidimensional; c) observação da praxis, quando o pesquisador elege como objeto de estudo as relações entre práticas e representações.

A presente pesquisa foi centrada na coleta de depoimentos pessoais orientados por alguns "termos associados" ao objeto de estudo. Não deixando, contudo, de reservar um espaço para a expressão livre do entrevistado, uma vez que é desejável que as representações não sejam analisadas apenas a partir do conteúdo objetivo das falas, mas também a partir da contradição intrínseca aos discursos. Estes, em certa medida, revelam as próprias contradições intrínsecas à praxis cotidiana. Tais contradições podem ser melhor identificadas nas expressões e nas associações livres. Tendo, estes pontos em mente, os "termos associados" serviram para estimular a fala, quando as perguntas amplas não suscitavam respostas, que para esclarecer dúvidas e, principalmente, para possibilitar uma abordagem indireta do objeto de estudo, conforme será discutido a seguir.

No presente trabalho optou-se pela coleta de depoimentos pessoais de informantes múltiplos. Pois, conforme discutido no capítulo anterior, neste tipo de técnica, o pesquisador reduz as limitações impostas pelos questionamentos estandardizados ao assegurar ao informante a expressão em sua própria

linguagem e a possibilidade de refletir sobre seus próprios problemas. As histórias de vida e os depoimentos pessoais vêm sendo utilizados em várias áreas de estudo por serem considerados como fontes ricas de dados, que permitem o acesso a fatos individuais, sociais e históricos. No campo da saúde essas três dimensões são relevantes, uma vez que o processo saúde-doença é a resultante de expressões individuais e fatos sociais que, ademais, ocorrem segundo a dinâmica de grupos sócio-culturais específicos.

A utilização dos depoimentos pessoais guarda diferenças nos campos da Sociologia e da Psicologia, que são destacadas por QUEIROZ (1953) ao afirmar que *"...a história de vida, do ponto de vista psicológico, analisa a integração do indivíduo em determinada cultura, a formação de sua personalidade pela interação entre suas qualidades individuais e o meio em que vive; e se completa com a história de vida do ponto de vista sociológico que mostra, dentro da rigidez do esqueleto estrutural da sociedade em suas instituições e "mores", as linhas [...] de conduta, os arranjos, a flexibilidade do comportamento humano, que não são individuais porque seguidos por muitos"*. (p. 11)

As histórias de vida e os depoimentos pessoais devem carregar em si a riqueza de sentimentos, opiniões e atitudes da pessoa que relata. São caracterizados por relatos verbais mais ou menos livres, dependendo da opção metodológica do pesquisador. Os defensores do método colocam, ainda, que ele é histórico, porque a temporalidade contida no relato do cotidiano remete, necessariamente, ao tempo histórico; é dinâmico, porque apreende as estruturas das relações sociais e os processos de mudança cultural; é também dialético, porque teoria e prática são constantemente colocadas em confronto durante a investigação. (BRIOSCHI e cols., 1989)

Nesse sentido, a opção pelo estudo através de depoimentos pessoais impõe ao pesquisador algumas exigências para a coleta de dados que podem ser assim resumidas: (a) conhecimento aprofundado do problema em estudo; (b) conhecimento, ou no mínimo familiaridade, com a realidade a ser estudada, seja a instituição, o grupo social, ou outro; (c) preparo técnico em relação à coleta de relatos orais e à utilização dos métodos qualitativos; (d) formulação prévia e clara do problema; (e) elaboração de roteiro e condução de entrevistas que possibilitem uma relação empática entre pesquisador e pesquisado; (f) promoção de narrativa livre, porém objetivada.

Para a coleta de dados do presente trabalho foi utilizada a técnica de

entrevista semi-dirigida, orientada por 2 roteiros (vide anexos A e B), com registro efetuado através de gravação e transcrição literal das falas efetuada após as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios para o grupo de mães e nos locais de trabalho para os profissionais. A opção por realizar entrevistas no domicílio deveu-se às vantagens de tal procedimento, uma vez que a familiaridade do entrevistado com o ambiente no qual e sobre o qual ele, faculta a expressão mais livre e a redução de fatores inibidores do discurso.

Por outro lado, as relações de poder implícitas ao vínculo estabelecido entre o entrevistado e a instituição de saúde encontram-se corporificadas, também, no ambiente, o que certamente inibiria as falas, caso as entrevistas tivessem sido realizadas nas próprias UBS.

Outro aspecto importante a destacar nesta opção é o fato de que a entrevista no domicílio possibilita a observação de particularidades do cotidiano da criança, bem como as práticas maternas. Como as entrevistas foram realizadas em situação natural, as crianças "participaram" indiretamente das mesmas pela presença no "locus" de estudo, o que possibilitou o registro livre das situações de interação mãe-filho. Por ser essa uma situação prevista antes do início da coleta de dados, foi estabelecido que todas as situações de interação deveriam ser relatadas com registro cursivo quando ocorressem.

Além dos argumentos acima, a situação de entrevista no domicílio propicia um maior aprofundamento do tema com menor restrição de tempo, por ser uma situação previamente programada.

A mesma lógica foi aplicada às entrevistas com os profissionais. As falas foram emitidas em ambiente e situação de trabalho, pressupondo que tal situação facilitaria a recuperação e a ordenação dos conteúdos verbalizados e, principalmente, que contribuiria para uma separação, mesmo que parcial, dos papéis de mãe e de profissional, uma vez que a maior parte dos profissionais entrevistados são também mães, o que poderia ser conflitante com o "lugar de emissão do discurso solicitado" enquanto profissionais.

A tese de que a emissão do discurso guarda especificidades com o papel desempenhado, no momento, pelo depoente foi confirmada na observação de situações de interação entre profissionais e mães. Pôde-se constatar que

profissionais/mães, independentemente do seu grau de formação/informação técnica, emitem seus discursos e exercem seus papéis a partir do "espaço de poder" que lhes é assegurado pela instituição à qual pertencem, ou seja, eles se identificam, dentro do contexto institucional, com um "campo social" diferente daquele que lhes é reservado enquanto mães.

Participaram da fase de coleta de dados 4 entrevistadores (incluindo a autora) que, após a realização dos pré-testes para definição do roteiro final de entrevista e um período de balizamento da técnica de entrevista a ser adotada, deram início aos contatos visando a captação dos grupos. Esses contatos foram feitos com mães que compareceram aos serviços de saúde escolhidos durante um período de 3 semanas. Esses contatos, com as mães visaram principalmente explicitar os objetivos da pesquisa e buscar adesão para um contato posterior no domicílio.

As visitas domiciliares para realização das entrevistas compreenderam o período de dezembro de 1988 a janeiro de 1989, quando foram coletados 54 depoimentos de mães, com duração variável entre 15 e 60 minutos.

Para o grupo de profissionais foi utilizado o mesmo procedimento técnico com realização de entrevistas gravadas nos próprios serviços. Foram coletados 25 depoimentos, com duração variável entre 20 e 90 minutos, durante o período de janeiro a março de 1989.

A concepção básica dos questionamentos foi inspirada no trabalho de JODELET (1983, 1989) que, em lugar de partir de uma formulação muito ampla do tema vai ser ao contrário, do particular para o geral.

Na definição do escopo dos roteiros de entrevista alguns cuidados foram relevantes: a formulação do problema antes de iniciada a pesquisa, uma vez que a elaboração dos roteiros de entrevista deve ser orientada pela pergunta que o pesquisador procura responder, evitando assim o risco de obter relatos excessivamente longos e pouco profundos, levando a análises superficiais da realidade estudada. Nesse aspecto, a assertiva de KOSMINSKI (1986) foi sugestiva: *"... muito embora apresentem caráter de não diretividade pelo emprego da técnica da liberdade, cabe ao pesquisador ter claramente definidos os problemas que se propõe investigar e o roteiro dos temas que pretende tratar com o pesquisado. Este roteiro precisa ser flexível, de modo a permitir ao pesquisador a incorporação de novos temas que muitas vezes surgem do relacionamento pesquisador-pesquisado..."*

no decorrer da própria entrevista". (p. 35)

Na técnica de entrevista utilizada, procurou-se manter e estimular a máxima espontaneidade nas expressões verbais emitidas e na maneira peculiar dos entrevistados de verbalizar e encadear os fatos. As intervenções efetuadas pelo pesquisador ocorreram apenas nas seguintes situações: para orientar o depoimento em torno dos temas definidos como norteadores da pesquisa, para esclarecer dúvidas levantadas pelo entrevistado, ou ainda para estimular o aprofundamento de tópicos tratados superficialmente.

O que se pôde observar foi que o pesquisado fez um relato da sua experiência, no qual está contida uma mensagem destinada ao seu interlocutor. O resultado foi *um discurso no qual os sujeitos falam dos conceitos que têm de crescimento e desenvolvimento de crianças, das práticas de educação, de promoção e manutenção da saúde das crianças, da prática dos serviços de saúde, enfim, eles "se revelam" segundo suas categorias de códigos e de valores.*

Considerando que a coleta de dados não se esgota nos depoimentos gravados, uma vez que não pode prescindir do contexto social próximo e amplo onde as falas se inscrevem, esta foi complementada com outros três grupos de informações: dados de caracterização sócio-econômica dos grupos estudados, condições de realização das entrevistas e de documentos institucionais.

Para caracterização dos grupos foram utilizados questionários que possibilitaram a montagem de uma ficha de informante para cada depoimento, cujos dados constantes foram: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, situação de trabalho, dentre outros. Tais dados possibilitaram a identificação de traços comuns aos grupos e seus agregados, bem como informações específicas que pudessem ser acessadas para a compreensão de traços particulares das representações analisadas. (vide anexos C e D)

Outro instrumento de coleta de dados foi o registro minucioso das condições objetivas e subjetivas de realização das entrevistas, compondo um diário de campo. Esse documento possibilitou a recuperação do "momento vivido" por entrevistador/ entrevistado, na medida em que nele foram registradas particularidades do relacionamento e da interação que se estabeleceu no momento da entrevista, além de observações a respeito da aplicação da técnica: facilidades, dificuldades e reflexões críticas sobre os conteúdos dos

depoimentos manifestados pelo depoente ao entrevistador. Os dados e as reflexões registradas nesse tipo de documento permitiram uma melhor compreensão dos conteúdos dos próprios depoimentos, intervindo de forma decisiva, em alguns casos, na interpretação que se fez dos mesmos.

Finalmente, um último nível de preocupação foi o da coleta de documentos institucionais relacionados ao tema, disponíveis nos serviços. Teve-se acesso à proposta formal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança do Centro de Saúde Geraldo Paula Souza (GPS) e ao Programa de Ações Básicas de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, adotado pelo UBS Salvador de Leone de Itapeverica da Serra (IT). Foram utilizados, como documentos institucionais, ainda, entrevistas realizadas com os Diretores dos dois Serviços de Saúde.

Destaca-se, como elemento norteador da fase de coleta de dados, a postura crítica adotada nos diferentes momentos do processo de investigação. Procurou-se conceber a técnica enquanto elemento em construção um instrumento colocado a serviço dos objetivos da pesquisa. Tendo em vista estes princípios, as definições aqui postuladas implicarem em um processo prévio de discussão e reflexão que deu o suporte e a segurança necessários aos passos subsequentes.

3) Escolha do universo pesquisado

Neste tipo de pesquisa, as possibilidades que se colocam para a escolha dos sujeitos pesquisados são múltiplas. Vão desde a definição de critérios quantitativos, até a delimitação de grupos de interesse específico, em função da natureza do objeto de estudo e de seus objetivos. Neste trabalho, optou-se por critérios múltiplos que permitiram a especificação de grupos com características particulares e o tratamento em profundidade das experiências de cada sujeito como também a necessária dimensão do coletivo na abordagem do objeto.

O primeiro problema que se enfrentou foi a definição numérica do grupo a ser entrevistado. Partiu-se, inicialmente, da premissa geral de efetuar entrevistas até que os depoimentos se tornassem repetitivos. Foram associados a este critério dois outros, em função da capacidade operacional máxima do projeto e dos seus objetivos. Para o grupo de profissionais foram selecionados todos aqueles vinculados às ações dirigidas à criança de cada uma das unidades de saúde estudadas, significando um universo inicial de 26 entrevistas, envolvendo 12 categorias funcionais. Para o grupo de mães definiu-se um número inicial de 36 contatos em cada unidade de saúde para posteriores visitas domiciliares, totalizando um universo de 72 contatos, estes definidos segundo critérios relativos à composição familiar, isto é, mulheres com filhos de diferentes faixas etárias, entre 6 meses e 6 anos de idade, para possibilitar a existência de uma "história materna comum" como referencial para os depoimentos, até porque é, também, a partir da história vivida que as representações são elaboradas.

Do universo definido para composição do estudo, foram efetivadas 25 entrevistas com os profissionais (96,1%), aí incluídos os diretores dos respectivos serviços, e 54 depoimentos de mães (75,0%).

Para o estabelecimento do universo inicial dos contatos em domiciliares foi previsto que alguns deles não chegariam a se concretizar em depoimentos, fato que se confirmou em função de diversos motivos, dos quais se destacaram: erro no endereço, mudança de domicílio, dificuldade de localização, recusa em dar entrevista quando da realização da visita. Esta foi a principal causa de redução do universo previsto para as mães; o que se observou foi uma mudança de postura das pesquisadas quando abordadas no domicílio. Esse fato reforça a hipótese expressa anteriormente quanto à relação de poder estabelecida entre

usuários e serviços. No presente caso, o "locus" institucional condiciona uma aceitação em participar de estudos vinculados aos mesmos, contudo, essa relação de dominação se rompe no domicílio, abrindo a possibilidade de recusa.

Além do critério quantitativo geral relativo à composição dos grupos, outros critérios foram decisivos para a delimitação do universo de pesquisa. A escolha das unidades básicas de saúde foi efetuada de forma a representarem duas realidades distintas com papéis diferenciados no interior do Sistema Único de Saúde. Assim como por representarem realidades sociais distintas expressas pelo perfil da clientela atendida. Optou-se por duas instituições de saúde com grau máximo de complexidade dentro do Sistema de Saúde, que por pressuposto, desenvolve ações programáticas de promoção da saúde da criança e não apenas atividades de pronto atendimento.

A primeira delas, localizada em um município vizinho à cidade de São Paulo, faz parte integrante da rede básica de serviços públicos de saúde; a outra, localizada em região central da Cidade, caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações voltadas ao ensino e à pesquisa em saúde, além do atendimento da população de uma área geográfica delimitada.

4) Método de análise de dados

O esquema analítico proposto objetiva a identificação do conteúdo, organização e estrutura das representações analisadas. Para tanto, parte-se da identificação de núcleos temáticos que estruturam os depoimentos de mães e profissionais.

Fazendo uma reapropriação e conseqüente releitura dos métodos e das técnicas apresentados no segundo capítulo deste trabalho, busca-se utilizá-los na metodologia de análise sem, no entanto, abandonar a perspectiva básica de análise qualitativa. Objetiva-se, com isto, a definição de um método com contornos e procedimentos próprios caracterizado pela associação de técnicas qualitativas e quantitativas, cujas etapas serão descritas abaixo. Vale lembrar a afirmação de MINAYO e SANCHES (1993): *"se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um 'continuum', ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais 'ecológicos' e 'concretos' e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa"*. (p. 247)

O desenho da metodologia pode ser assim resumido. Num primeiro momento, descreve-se o conteúdo das representações partindo de análises individuais, seguida de análise comparativa de semelhanças e implicações entre as matrizes discursivas individuais, compostas por elementos particulares das representações. Num segundo momento, busca-se acessar elementos da estrutura representacional comum aos sub-grupos e aos grupos, analisando-se a hierarquização dos seus termos.

Etapas de Análise:

A) **FORMAÇÃO DOS NÚCLEOS:** entende-se por "núcleos organizadores de discurso" os elementos que dão sustentação e coerência às falas, sejam elas emitidas de forma espontânea ou motivadas pelo entrevistador. Representam o primeiro nível de segmentação e reorganização dos discursos cujas etapas são descritas abaixo:

← análise individual das entrevistas no contexto do grupo ao qual pertencem e divisão dos conteúdos em áreas temáticas ou grades de leitura, definidas através de triagem de frases modais. As frases modais são aquelas frases típicas que contêm um grande número ou porcentagem de palavras que participam do universo de dados estudados. Considera-se ainda a recorrência de "*expressões de sentido*", e não apenas palavras isoladas, que refletem uma certa imagem do objeto estudado;

← nomeação das grades de leitura;

← quantificação e análise de frequência dos núcleos;

← fusão das grades com menor frequência e/ou que apresentem similaridade temática;

← síntese preliminar de sentidos para cada sub-grupo e depois para cada grande grupo estudado - mães e profissionais - efetuada pela repetição dos conteúdos das frases modais, segundo critério de semelhança entre os termos, e também, da identificação de relações de implicação entre os elementos. Definem-se, assim, os primeiros *núcleos organizadores dos discursos*, que são "*grades temáticas*" definidoras de cada grande grupo estudado e possibilitam a visualização dos pólos individual e coletivo, respectivamente elementos relativos à prática pessoal e relativos ao outro ou à instituição .

Fica portanto evidente que os núcleos temáticos ou grades de leitura são definidos a partir do universo das entrevistas de profissionais e mães.

B) FORMAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS: as "*categorias gerais e específicas*" representam a fragmentação semântica máxima que um núcleo pode comportar; ou seja, configuram a árvore máxima de decomposição dos elementos das representações e especificam o componente substantivo dos conteúdos dos discursos enunciados. Sua definição é possível a partir de expressões verbalizadas pelos entrevistados na forma em que foram emitidas ou ainda por uma re-tradução semântica ou teórica das mesmas. Sua constituição foi feita da seguinte forma:

← a partir da definição dos núcleos estruturadores, voltando-se à análise individual das entrevistas dentro dos dois subgrupos, definidos por papel (mães ou profissionais) e localização (UBS de Itapecerica da Serra - IT ou UBS Geraldo Paula Souza - GPS); tendo por meta contribuir as categorias gerais e específicas;

← definição do universo de entrevistas e constituição de categorias para cada núcleo temático. No grupo de profissionais utilizou-se o universo dos depoimentos; para o grupo de mães optou-se pela escolha de uma amostra aleatória de 12 entrevistas¹⁶ para cada sub-grupo estudado, escolhidas a partir do total de 28 efetuadas em IT e das 26 de GPS. O processo de escolha baseou-se no sorteio das primeiras 12 entrevistas, seguido de uma leitura de todas e exclusão daquelas que apresentassem um conteúdo "pobre" sobre o objeto estudado. Essas foram substituídas através de novo sorteio e nova seleção, por outras, mais ricas em conteúdos específicos dos núcleos temáticos definidos;

← destaque de *dicionários* de palavras e de *frases modais* relativos a cada núcleo definido;

← análise da hierarquização das semelhanças observadas nos dicionários e nas frases modais;

← definição e nomeação das categorias;

← quantificação e representação gráfica das categorias;

← análise da quantificação e das relações existentes entre as categorias;

← fusão de categorias em função da análise anterior;

← descrição das categorias e, quando possível, associações teóricas.

C) *ANÁLISE COMPARATIVA INTRA-GRUPOS*: os recortes analíticos possibilitam a visualização de características das representações que se expressam quando observadas a partir de determinada perspectiva, ou seja, comparações interpessoais, num primeiro plano, e comparações entre grupos, num segundo. A análise comparativa interpessoal foi realizada para a definição das categorias, no interior de cada grupo de profissionais, por exemplo, dentro do grupo de profissionais IT. Passou-se a seguir para a análise entre grupos; primeiramente entre os subgrupos por localização (IT/GPS) e depois entre os dois grandes grupos por papel (mães e profissionais).

¹⁶ A opção por definir um quantitativo de entrevistas para a análise de mães foi efetuada uma vez que, nos dois grupos de profissionais, observou-se ser 12 um número suficiente para fornecer elementos ricos para interpretação do objeto estudado. Destaca-se, ainda, que a determinação numérica para análise qualitativa pode não ser relevante uma vez que um depoimento pode traduzir a gama de elementos de uma dada realidade social, no entanto, considera-se que, para tal definição, deve-se avaliar cuidadosamente as características do objeto estudado e o referencial teórico adotado. Para o estudo das representações sociais, especialmente para uma análise mais aprofundada dessas, acredita-se que deve-se eleger critérios que possibilitem um conjunto de informações que expresse a variabilidade do pensamento coletivo e, se possível, a recorrência deste.

- ← análise de semelhanças e diferenças entre os núcleos temáticos definidos para cada subgrupo estudado de mães e profissionais (IT e GPS);
- ← análise de frequência e das semelhanças entre as categorias de cada subgrupo estudado;
- ← definição das categorias comuns que caracterizam o grupo de mães e o grupo de profissionais, através de análise de classificação hierárquica aplicada entre as categorias, com o objetivo de identificar os elementos organizadores do conteúdo representacional a partir da frequência da categoria na população de mães e de profissionais em separado;
- ← construção de "árvores representacionais".

D) *ANÁLISE ENTRE OS GRUPOS*: a análise comparativa entre os grupos de mães e de profissionais foi efetuada definindo-se "*descritores representacionais*", ou seja, um nível de agrupamento analítico do material empírico efetuado em função do desenho assumido pelas categorias, das associações efetuadas e pela leitura do contexto global das falas. Esses descritores consubstanciam níveis de análise e de "reconstrução" dos conteúdos das representações subjacentes aos discursos proferidos. A definição dos descritores das práticas profissionais e familiares na promoção da saúde da criança expressou uma primeira aproximação aos princípios organizadores das representações sobre essas mesmas práticas, conforme a teoria de representação social discutida em capítulo anterior. Pôde-se indicar, ainda, através dos descritores representacionais, a centralidade do elemento da representação, ou seja, o eixo condutor da representação propriamente dito, partindo de análises de congruência, frequência e posição das categorias.

De acordo com a proposta metodológica apresentada deve-se destacar que, apesar da análise estar basear num critério de frequência e semelhança, as categorias não incluídas são consideradas não associados aos grupos dos quais participam, enquanto elementos da representação; estes elementos, contudo, podem significar variações não identificadas pelo método de análise adotado ou simplesmente, traços representacionais particulares, ou seja, variações interindividuais de representações.

O segundo aspecto a destacar, é que a opção adotada concentra-se na análise de variações entre grupos tomando como ponto de partida de

diferenças e semelhanças interindividuais, uma vez que estas estão presentes e diluídas dentro dos grupos definidos de forma subjacente.

O método de análise descrito permite uma primeira aproximação ao conteúdo e à estrutura interna das representações, aproximação esta possível através da associação de técnicas qualitativas e quantitativas de análise. No entanto, deve-se destacar o desafio que tal associação significa enquanto objetivo a ser perseguido, no estudo das representações sociais, e tendo em vista uma contribuição para sua melhor visualização.

EXEMPLO DE ANÁLISE DE UMA ENTREVISTA ISOLADA - GRUPO DE PROFISSIONAIS

Obs.: O trecho inicial da entrevista refere-se aos dados de identificação do entrevistado e da instituição e foram excluídos nesta exemplificação. A transcrição da entrevista foi efetuada respeitando as expressões verbais, conforme emitidas. E=entrevistador S=entrevistado

Identificação: ITPRO 03

E - Escuta, agora eu queria que você falasse prá mim um pouquinho assim: o que que você entende, o que você acha que é desenvolvimento da criança.

S - O que que eu acho ? (E - É.) Como assim a pergunta ?

E - Eu tô querendo que você me diga assim, segundo o que você pensa (S - Un) a sua opinião, né, o que é desenvolvimento da criança. Você trabalha com criança todo dia.

S - Se cresce, ou se engorda; se a criança se desenvolve bem ou não ?

E - Eu quero que você me diga o que você acha que é. Se você acha que é isso. É isso que eu quero que você me fale.

- 1 -

S - Olha, eu acho que alguma vez, é da má alimentação. Sempre é... **sempre é isso mais que traz, (né) que criança que não come direito não desenvolve de jeito nenhum.** (E - Uhn). Eu acho assim... Bom, que não tem outra, (né) porque **se a criança é doentinha não tem (Ne)... se não tivé uma boa alimentação não desenvolve de jeito nenhum.** Desenvolve sim, mas, (Ne), bem demorado.

E - Mais demorado do que as outras ?

S - Mais demorado do que as outras.

E - Tá, Você falou que se não come, se num...

S - É, se não alimenta, não cresce direito.

E - Não cresce direito. E desenvolvimento é igual a crescimento ? É a mesma coisa ?

- 1 -

S - Ah, eu acho que... que depois não vai... não vai aprendê na escola, não vai saber ? Então **vai desde pequenininho se não tá... se ele tem má alimentação, acho que tudo gera, (né) mau crescimento e já num... num tem... acho que num tem um bom crescimento e depois já vai, no período escolar já num vai (né) rendê como as outras criança.** (E - Uhn) Então eu acho que é assim.

E - E... e quando a criança não rende na escola, você acha que isso é parte do crescimento (S - Já) do desenvolvimento, não. É parte ?

S - Já.

E - Então ir bem na escola é alguma coisa...

- 2 -

S - Já desde... desde pequenininho... de recém nascido, **se ele for bem alimentado, bem trata... bem cuidado, (né)** porque a criança tem si... **tem que sê limpa, (né)** num vai... **Depois que nas... nasce vai tê que cuidá, né, tem que sê uma criança limpa e atendida na hora certa, (né).**

E - Uhn. Você consegue me dá assim um exemplo, de uma crian... pensando numa criança qualquer, né, exemplo de desenvolvimento. Tenta me dá um exemplo assim de uma criança que tá se desenvolvendo bem.

- 3 -

S - Olha, eu tenho um menino de cin... cinco meses. (E - Ahá) Ele, sabe, ele é bem fortinho, e outra, eu vejo no consultório, **criança da mesma idade que o meu que não brinca, que não ri, sabe ? Quietinha, paradinha, bem magrinha. Então eu acho que aquela criança tá faltando o alimento ou a mãe tra... faz o leite de um modo errado, sabe.** Então eu acho que nisto dava prá, né, que você vê a criança crescendo no dia a dia, (né) como o meu: tá crescendo, você vê ele brincá, você vê ele quase senta; tem criança que você põe com oito, nove meses, ele não se afirma nem cabecinha. Ele se joga, né. Então eu acho que já vai daí, (né) desde pequenininho que ele já vai crescendo assim, (né) diferente.

E - **Diferente de um outro que...**

S - **De um outro.**

E - **...que não tem tanto...**

S - **É...**

E - **Tanto cuidado** né ? E você falou que joga a cabecinha é um exemplo de desenvolvimento...

S - É.

E - ...firmá a cabeça ou não. Você falô que ri também é um exemplo de desenvolvimento.

- 4 -

S - É, a criança que é muito maltratadinha, a gente pode vê que já desde pequenininha ela é fechada.

E - Ela é fechada ?

S - É, criança que, você nota porque como a gente trabalhô em escola, você vê **a criança que é... a criança que tem problema assim com pai, com mãe, com... com o pessoal, ele já é mais fechado.** É... você po... você pode olhá onde você for, você acha que a criança, **você já nota que a criança tem problema.** Não adianta você sabe criança que é feliz, que você acha que tem de tudo, eles são diferentes. Eles sabe brincá, sabe rir, sabe pulá, sabe fazê arte (né) e aquele um você... já mais maltratadinho ou por pai e mãe, ou por causa de não tê condição alguma vez, são bravo, são enérgico, (né) então esse eu acho que ...

E - Você acha que atrapalha aí no desenvolvimento.

S - Ah, eu acho que atrapalha.

E - Atrapalha. Tá legal. É, então você falô assim de coisas que facilitam e coisas que atrapalham, (S - Uhn) né, você falô que a comida facilita (S - É) que quando os pais são muito enérgicos ou têm problema em casa, que atrapalha.

S - Atrapalha também.

E - Tem alguma outra coisa que facilita o desenvolvimento ? Na sua opinião.

- 5 -

S - Na minha opinião, eu acho que não, que... que remédio precisa se tivé doente (E - Uhn) né. Então (né) **médico precisa assim acompanhamento, (né) que um acompanhamento numa criança é muito bom desde que nasce...** Você sabe, você tem três meses, você sabe se a criança, se foi acompanhada, (né), quando tem um ano você sabe se a criança vai sê alta, baixa; gorda ou magra, você já tem mais ou menos uma noção e se você não tem um acompanhamento, você ?

- 6 -

... se você... se vem uma criança hoje, comparação (né), no Centro de Saúde, aí fica dez meses sem voltá, você não sabe esse tempo, o que que a ... o que que a criança aconteceu, se desenvolveu, se não desenvolveu, se brincou, se, (né) você não sabe por que no consultório você vê todo... todo tipo de coisa, (né).

E - E o acompanhamento ajuda ?

S - Ah, ajuda e muito.

E - É. Como que o acompanhamento ajuda ?

S - Olha que **mede e pesa; o médico explica as condição de alimentar**, (né) explica tudinho, tudinho o que precisá. Aí mãe não vai tê dinheiro prá comprá carne todo dia, **mas ele faz alimentação mais ou meno como... como as condição do pessoal**, (né) daqui, do pessoal, cada um cada... **fala o que é bom e o que é ruim prá saúde.** (E - Uhn) Então **ele explica direitinho**, a mãe segue o... segue rigoroso se qué, que verdura sempre a mãe tem, (né) uma comida que seja mais ou menos, não desses bem pobre, só que alguma vez é mal... mal feita (né). Então se explica direitinho ele... eu acho que... é uma boa.

E - Uhn. Agora fala prá mim um pouco é... no trabalho que você faz aqui no Centro de Saúde, eu quero sabê se esse trabalho ajuda de alguma forma no desenvolvimento das crianças que você atende. Então me conta um pouquinho como é que é seu trabalho e me diz se ele ajuda e como ele ajuda no desenvolvimento.

- 7 -

S - Olha, eu quero que ajuda, (né) (E - Hi) mas, é isso... esse mesmo que eu te expliquei, né. O... **mais acompanhamento. A gente só pode explicá à mãe como se faz porque não tem outro... outro meio, (né); só explicando; fazendo a mãe endendê que assim, assim é melhor ou sobre a alimentação, limpeza, (né) incentivá a criança** (E - Uhn) né, porque a criança não come sem tê fome, se você dé bobageira prá eles, eles não vão comê, (né) nunca. (E - Uhn). **Tem mãe que tem alguma vez preguiça de fazê comida, dá bolacha na hora do almoço, dá isso, dá aquilo, mais então a gente incentiva, (né), mãe faz isso, faz aquilo,** (né). Faz uma comidinha, deixa ele com fome e ela come. Então, eu acho que o trabalho da gente... ah, eu quero que ajuda.

E - E isso você faz aqui.

S - Eu faço.

E - Esse tipo de orientação.

S - Esse tipo de orientação; o médico também ajuda, sabe, ele dá uma mão boa prá gente explicando.

E - É, né. Além de... dá orientação, né esse é uma parte de orientação (S - Uhn) que você faz co'as mães. Além dessa orientação, é que outras coisas você faz que você acha que ajudam o desenvolvimento.

- 7 -

S - Fora isso, quando eu vô **pesá e medí**, eu acho que **prá mãe que tá acompanhando "olha, meu filho ganhô tanto de peso"**, eu acho que **prá mãe, eu acho que é uma boa...** Só isso.

E - É, né. Então você falou que você pesa...

S - Mede.

E - ...você mede e orienta as mães ?

S - Orienta a mãe.

E - Você acha que essas coisas ajudam no desenvolvimento ?

S - Ajuda.

E - E, tem mais alguma coisa que você fez que acha que ajuda ?

S - Acho que não.

E - Não, são essas coisas então, né.

S - Uhn.

E - E tenta me explicar um pouquinho melhor: quando você pesa e mede uma criança, quando você faz um acompanhamento, né, de que forma que isso ajuda no desenvolvimento ?

- 7 -

S - Tem uma folha, (né), quando tem três, dois, três meses e você vai nessa folha você... ou a criança vai... se o peso, este mês, tá certo no peso, (né). Outro mês, pesou menos a gente vai querê sabê porque: se a criança ficô internado, se... se a criança ficô internado, se... porque perdeu peso, sabe ? O que aconteceu naquele espaço, (né) (E - Uhn) então eu acho que ajuda muito que a gente vai querê sabê porque, (né) que a gente pergunta prá mãe. Que a criança tava indo bem, (né) dois, três meses, depois ela caiu. (E - Uhn). E outra, **no crescimento também todo mês se a mãe segue rigoroso, (né) vem todos os mês, passa na... na pediatria ou então no AE. Então sempre vem esse controle, você mediu, a criança continua naquela mes... naquela mesma estatura, então ou alguma coisa tá acontecendo.** Então pergunta se... sabe? **Conversa co'a mãe; tem mães que entende, outras que não entende,** (né). Aí já...

- 3 -

E - E essas que entende, essas que não entende, como que é isso ?

S - Ah, tem mãe que fala assim: "Ah, mas como que meu filho perdeu peso ?" sabe ? Num, (incompreensível) eles perguntam outra vez se ele ficô internado, se ele não teve desinteria, mas que perde peso, aí explica numa boa.

E - Você acha que as mães não entendem, ou...

S - Eu acho que **as mães daqui, são nossa !, são pessoas que quer o melhor pro filho, mas alguma vez faz errado.** Leva no Pronto Socorro, amanhã não melhorô, corre na Policlínica; amanhã não melhorô, corre na SAMIS e amanhã não melhorô, depois de amanhã traz aqui, mas traz aqui já o quadro, se era uma desenteria pequeninha, já tá bem magrezinho porque deu remédio prá isso, pr'aquilo, pr'aquilo outro, (né).

E - Você acha que as mães se interessam pelos filhos...

S - **Se interessam.**

E - As mães que vocês atendem. Você acha que elas são preocupadas com as crianças ?

S - **São preocupadas, mas eu acho que... assim, elas não tão bem orientadas.** Preciso disso, eu corro aqui, eu preciso disso, eu corro ali. Se eu tive confiança naquilo, tudo bem mas, sabe, eu acho que a maioria, eu como tô no consultório, já passar... alguma vez passaram em três ou quatro médico você sabe o remédio que tomo aqui, ali, ali, acolá, mas trouxe alguma vez a receita...?

E - E por que que elas não vem aqui direto ?

S - Vem alguma vez, mas quando chega as... assim sexta, sábado, domingo, elas já andaram por tudo os lugar que (incompreensível) (E - Sei) então eu acho que...

E - Mas você acha que elas tão interessadas ?

S - **Tão interessadas, acho que se não tivesse ela também não procuraria, (né) médico prá criança porque tem mãe que não tá nem aí.** (E - É) né.

E - E como são essas mães que não tão nem aí ?

S - Não se incomoda c'os filhos, que pode caí e se arreventá (né) que eu tenho casos, (né) de vizinhos que até dois anos tá tomando leite, depois de dois anos pra frente come o que... o que acha e come tudo, sabe ? Então...

- E - É, assim me fala um pouquinho agora não só do trabalho que você faz, né mas do trabalho que toda... todo o Programa de Saúde da Criança faz prá ajudá no desenvolvimento. Conta prá mim um pouco como que é esse atendimento à criança aqui no Centro de Saúde, (né) e o que é que ele faz prá ajudá no desenvolvimento. Não só do seu trabalho tá, mas o trabalho de...
- S - Da vacina ?
- E - ... de tudo que tá dentro do Programa da Criança e que ajuda no desenvolvimento.
- S - Olha, aqui tem a dentista, (né), tem a vacina primeiro, depois passa nas consulta. As criança também no, (né) o médico sabe (incompreensível) prá criança; aí já tem a dentista também que já vai cuidando (né) dos dentes na medida do possível. (silêncio).
- E - Então são essas coisas que ajudam no desenvolvimento ?
- S - Ajuda, é uma coisa útil, (né) precisa, né.

- 6 -

- E - E naquela outra parte de desenvolvimento que você falô que aí vem a escola, que é falá, rir, né, (S - Uhn). Nesta parte do desenvolvimento o Centro de Saúde faz alguma coisa ou não?
- S - Só se fô assim, como a gente tem... tem psicólogo também, (né). **É porque o psicólogo cuida da maioria das crianças já em fase escolar, (né) que os mais que têm problema, (né). Quando vai prá escola que você deduz que uma criança não acompanha direito, (né) porque pequenininho você só sabe que a mãe, o que a mãe diz, (né) mas se você presta atenção na criança, você já deduz, (né) que a criança ou é... já tem problema, ou é meio retardado, alguma coisa você já vê na criança.** Sabe, o trabalho tem que sê bem feito porque... prá você não se perdê.

- E - Uhn. E assim dentro desse Programa de Saúde da Criança você me falô lá em cima na outra pergunta em acompanhamento, né ? (S - Uhn) Existe um acompanhamento ?
- S - Existe.
- E - Aqui ?
- S - Existe.

- 6 -

- E - E como que é esse acompanhamento; o que que faz o acompanhamento ? Me fala assim rapidamente o que ele...
- S - **O médico, ele atende a criança e examina; a gente pesa, mede. Isso todas as vezes, todas as consultas de rotina é medido, tirado toda a roupa, medido e pesado; isso pode sê lá no AE, pode sê na pediatria e a moça que tá acompanhando o médico que... que faz esse trabalho e isso é feito tanto no AE como na pediatria.** Só se a mãe não retorna, (né) porque tem mãe que dois mês depois acha que a criança adoeceu e só vem quando a criança tá doente de novo.
- E - E como que... como que é essa consulta de rotina, assim cada quanto tempo; aí é só com o médico e você. Como... como que é organizada essa consulta ?
- S - Quando é... **quando tem o peso muito baixo, desnutrido assim, quando o peso é bem baixinho, (E - Há) aí você... que é I, II, III grau, você tem de atendê, passa no médico todos os meses.**
- E - Todos os meses ?
- S - **Todos os meses. Quando é criança de rotina, você passa quando precisa no médico.**
- E - Quando é criança de rotina, como assim ? É criança...
- S - É criança que já é o peso.
- E - Normal.
- S - É, ou talvez ultrapassado o peso e a medida, né, então passa no AE, só se a criança tivê alguma... porque se... passa no AE se só tem uma desintéria, febre essas coisas não passa. (E - Sei) Garganta também; se tem febre ou tem qualquer coisa não passa no AE, passa só em consulta médica, (né) e quando não tem nada já é rotina...
- E - Tá bem.

S - ...só se pesá e medí porque ela, (né) ela tá acostumada naquele ritmo todo mês, aí vem, mede, pesa.

E - Aí no AE ?

S - Aí no AE. Volta pro AE.

E - E todo mês também ?

S - Se a mãe vem, (né) ou então agendo porque pode agendá prá dois, três meses até.

E - E esse acompanhamento vai até que idade ?

S - Até dois anos.

E - Até dois anos, de quando nasce vai até dois anos.

S - **E tem criança que vai até cinco anos, esse primeiro, é de primeiro grau.**

E - Então quando a criança tem peso baixo ela pode sê acompanhada até cinco anos ?

S - É.

E - E quando a criança tem peso normal, ela é acompanhada até dois anos ?

S - Até dois anos.

E - E quando ela tem peso normal ela passa em AE ?

S - É.

E - Aí é todo mês ?

S - É todo mês.

E - É quando ela não tem peso normal, aí ela passa no médico ?

S - Passa no médico.

E - Todo mês também ?

S - É, todo mês. Alguma vez até quinze dias.

E - Até quinze dias, OK. Me fala outra coisa agora; assim, esquecendo um pouco isso que o Centro de Saúde já faz, (S - Uhn) que outras coisas que você acha que o Centro de Saúde poderia fazer prá ajudá nesse desenvolvimento, tem mais alguma coisa além do que ele faz hoje que ele poderia fazê?

- 6 -

S - Num sei, porque **faz as visitas (né), quando tem casos.**

E - Faz as visitas prá que casos ?

S - **Na epidemia, se tem alguns caso, então vai fazê as visitas. Então acho que isso não precisaria muito.**

E - Não sei, eu quero sabê o que você acha. Fique à vontade prá solta sua criatividade agora. O que você acha que poderia ajudá nesse desenvolvimento e que o Centro de Saúde poderia fazê?
(silêncio)

S - (incompreensível)

E - Nesse momento não te vem nada na cabeça que o Centro de Saúde poderia fazê além do que ele já faz ?

S - Eu acho que não.

E - Não ! Você acha que aquilo que o Centro de Saúde tá fazendo já tá bom, já tá contribuindo...

S - Bom, bom não tá, né, mas...

E - ...com esse desenvolvimento.

S - Acho que bom, bom, não tá, mas eu não tenho idéia do que poderia, né.

E - Então, o que não tá bom aí que o Centro de Saúde faz ? (criança chorando)

S - Como assim que não tá bom ?

E - Você falou que aquilo que o Centro de Saúde bom, bom, não tá, né, (S - Uhn) aquilo que o Centro de Saúde faz.

- 5 -

S - É, porque olha, falta mui... *falta médico, que na pediatria mesmo sempre a gente é obrigado a dispensá um... um tanto de gente, porque não tem pediatra.*

E - Porque não dá prá atendê todo mundo ?

S - Não, sabe?

E - E isso não tá bom, né ?

S - Não tá, porque falta, mé... tá faltando médico.

E - Tem mais alguma coisa que não tá bom ?

S - Eu acho que não.

E - Não, só a falta de médico, né ?

S - É.

E - Então tá legal. Tem mais alguma coisa sobre o crescimento e desenvolvimento que você gostaria de falar ?

S - Acho que não, acho que eu já falei tudo que tinha.

FINAL DA ENTREVISTA

DEFINIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS DISCURSIVOS PARA ANÁLISE

- Núcleos temáticos ou grades de leitura identificados:

NOMEAÇÃO DOS NÚCLEOS (*)	IDENTIFICAÇÃO TEMÁTICA NO TEXTO	FREQUÊNCIA
práticas alimentares	destaques em - 1 -	02
práticas de cuidados	destaques em - 2 -	01
práticas maternas	destaques em - 3 -	02
práticas familiares	destaques em - 4 -	01
práticas desejáveis para o serviço de saúde	destaques em - 5 -	02
práticas do serviço de saúde	destaques em - 6 -	04
práticas profissionais	destaques em - 7 -	03

(*) Os núcleos temáticos são apresentados segundo a ordem de aparecimento na entrevista.

- Categorias Discursivas dos Núcleos Temáticos:

As categorias discursivas que conformam os núcleos temáticos ou as grades de leitura do discurso, foram definidas a partir de frases modais, que podem ser observadas nos destaques em *itálico* e **negrito** no texto.

IV. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO

1. Os Serviços de Saúde Estudados

Considerando que as Unidades Básicas de Saúde selecionadas apresentam peculiaridades que podem refletir-se nos serviços que prestam e, conseqüentemente, na demanda que a elas ocorrem, suas características serão descritas a seguir.

1.1. UBS Salvador de Leone (Itapeceira da Serra)

Caracteriza-se por ser uma unidade básica de saúde recém municipalizada no momento da realização das entrevistas, portanto em processo de transição técnica e administrativa, o que pode ser evidenciado nos discursos dos atores institucionais. O aspecto organizacional da unidade é precário, talvez em função do próprio momento de transição, não apresentando definições claras de hierarquia e funções. No que se refere à normalização das ações dirigidas à criança, formalmente a unidade adota o "Programa de Atenção à Saúde da Criança" da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SSESP), dando marcante privilégio às ações de pronto atendimento. Outras duas peculiaridades são importantes para caracterização dessa UBS. A primeira diz respeito à sua vinculação a um Projeto de Integração Docente-Assistencial (PIDA), o que acarreta impactos funcionais e estratégicos. No caso específico, observa-se a existência de projetos comunitários em desenvolvimento, implica na participação dos profissionais em atividades de ensino e pesquisa, além de dentre outras iniciativas.

A atividade de integração docente-assistencial citada teve início entre o final de 1984 e o início de 85, ancorada em um convênio firmado entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Fundação Kellogg.

Segundo ZIONI (1994), com a incorporação de profissionais à área de Saúde Mental, o Centro de Saúde começava a preocupar-se com o desenvolvimento de práticas assistenciais alternativas, inovadoras e de integração com a população local, visando o enfrentamento dos problemas de saúde da região. A partir daí, brotou a proposta de desenvolvimento de uma pesquisa participante que tem suas origens vinculadas não só ao encontro desses profissionais no projeto IDA, mas suas raízes também, na presença de grupos organizados no Município, aos quais os pesquisadores puderam se agregar.

A coleta de dados do presente trabalho foi realizada três anos após o início do referido PIDA, portanto supôs-se que seus impactos já seriam perceptíveis tanto para a equipe profissional, quanto para a população.

O segundo aspecto que merece destaque, refere-se ao perfil de organização da comunidade atendida. Existe, na região, um intenso movimento de organização comunitária através dos "Clubes de Mães", com participação de funcionários da própria UBS¹⁷. Esses grupos, formados por mulheres moradoras da região, desempenham um importante papel na luta por melhores condições de saúde e conscientização da comunidade e das autoridades em questões relativas à saúde e à qualidade de vida.

Os Clubes de Mães organizados na região, foram o resultado da mobilização popular ocorrida entre 84 e 85, promovida pela aliança entre Igreja Católica, Centro de Saúde e diversas instituições como o Serviço de Orientação Familiar. Tinham por objetivos iniciais a discussão dos problemas da comunidade e o seu encaminhamento junto às autoridades locais de saúde.

Em 1986 esses grupos realizaram o II Encontro de Mulheres de Itapequerica da Serra e colocaram como seu principal objetivo a luta pela construção de um hospital já reivindicado desde o início da década. O desenrolar dessa luta, que se deu junto com a pesquisa participante citada, culminou com o seu reconhecimento como Movimento Popular de Saúde de Itapequerica da Serra. A partir daí passaram à condição de "representantes oficiais", ou porta-vozes da comunidade para as questões de saúde. Algumas das mães entrevistadas para este trabalho participavam do referido movimento.

Quanto as características demográficas, a UBS localiza-se num Município em processo de urbanização periférico à Cidade de São Paulo, contando com

¹⁷ Para um detalhamento e análise desses movimentos, ver ZIONI, 1994; WESTPHAL, 1992.

precária infra-estrutura de serviços. Segundo a SEADE a taxa de urbanização em 1991 era de 97,82%).

ZIONI (1994) apresenta uma caracterização bastante atualizada da região:

"Essa região é periférica da Grande São Paulo, Taboão e Embú são cidades dormitório, Juquitiba como parte do Vale do Ribeira é área de proteção de mananciais, por isso tem pouco desenvolvimento industrial. Itapecerica fica entre essas duas situações meio a meio, a parte que faz divisa com São Paulo tem características de cidade dormitório, e a outra parte de proteção de mananciais, assim, o mercado de trabalho é pouco, não absorve mão de obra."

O Município de Itapecerica da Serra localiza-se na região sudoeste da Grande São Paulo, com uma área de 328 Km², e uma taxa de densidade demográfica de 283 hab/km²; dista 29 km em linha reta da capital. Atualmente, constitui-se como um dos municípios mais populosos da região sudoeste da Grande São Paulo, com cerca de 105 mil habitantes em 1990, conforme Estimativa Populacional da Fundação SEADE para 1990.

A população é jovem, apesar de vir sofrendo um processo de inversão da pirâmide populacional que se verifica nos últimos 15 anos. A população infantil entre 0 e 9 anos, representa aproximadamente 26% da população geral, acrescida de aproximadamente 14% na faixa etária de 10 a 14 anos, o que revela sua importância quantitativa.

O crescimento populacional da região vem sofrendo uma redução, em parte em função da ruptura ocorrida na década de 80 das tendências evolutivas observadas desde a década de 50. ZIONI (1994) observa que do ponto de vista das tendências demográficas e urbanas, Itapecerica da Serra exemplifica um movimento específico caracterizado por elementos como a manutenção da tendência à urbanização; o crescimento dos municípios médios; o maior crescimento das periferias das regiões metropolitanas; e o crescimento e metropolização da pobreza.

A questão da pobreza está expressa, nessa região, pelos seguintes indicadores:

⌞ Mortalidade Infantil: 1980=82,71‰ e 1991=37,15‰

⌞ Natimortalidade: 1984=18,12‰ e 1990=19,75‰

↳ Natalidade: 1980=26,98‰ e 1985=14,09‰

As condições de moradia também merecem atenção especial. O número de domicílios vêm aumentando, chegando quase a dobrar entre 1980 e 1991 (SEADE, 1993). A característica das habitações é de precariedade, uma vez que são auto-construção, cortiços ou favelas. As condições de saneamento básico não fogem à característica de pobreza da região. A taxa de tratamento de água é de 53,5%; de rede de esgoto 0,5% (SECRETARIA de Transportes, 1994). Com relação à distribuição de renda na região, Zioni cita dados da Secretaria de Transportes Metropolitanos para afirmar que este seria um dos problemas mais graves. Comparadas com a região metropolitana, mais famílias (21,34%) têm rendimento per capita de até um salário mínimo, enquanto o percentual de famílias "ricas" (aquelas que recebem acima de cinco salários mínimos), também é menor (9,73%); 48,80% das famílias da região têm um rendimento médio per capita de até dois salários mínimos, retratando uma maioria de famílias consideradas como pobres, segundo o corte de linha da pobreza adotado por aquela Secretaria. O grupo de famílias estudadas concentra sua distribuição, principalmente, na faixa de meio a um salário mínimo per capita, o que as classifica como participantes da parcela mais pobre da população.

A infra-estrutura de atendimento à saúde pode ser considerada precária, uma vez que o número de leitos hospitalares oferecidos na região é de menos de um por mil habitantes. As UBS eram em número de sete em 1988, contando ainda com um Ambulatório de Saúde Mental e o Laboratório Regional do Instituto Adolfo Lutz, que são referências para Itapequerica da Serra e para os Municípios vizinhos. (VIEIRA, 1992)

Esta precariedade vê-se refletida nos discursos das mães e dos profissionais entrevistados e, talvez, possam explicar os traços representacionais específicos desse grupo.

1.2. Centro de Saúde Geraldo Paula Souza

Caracteriza-se por ser um Centro de Saúde Escola, pertencente a uma Instituição de Ensino Superior. Implantada em 1948, é uma das duas primeiras unidades básicas de saúde do Brasil. Foi fruto da iniciativa dos Drs. Geraldo Paula Souza e Borges Vieira, que pretenderam implantar a filosofia de Saúde Pública

adotada pelos EUA no Estado de São Paulo. Esse modelo sustentava-se nas ações de enfermagem domiciliária, na prevenção da tuberculose, no tratamento de doenças venéreas e no atendimento materno-infantil. As finalidades desses serviços são destacadas por ROCHA (1987) como educação sanitária popular, imunização contra doenças transmissíveis, orientação sobre puericultura, tratamento dos indivíduos disseminados de infecção e pesquisa dos focos na comunidade.

A característica de Centro de Saúde Escola confere-lhe alguma especificidade: a área geográfica de atuação do Serviço é definida, abrangendo os bairros de Vila Madalena e Jardim América; os recursos financeiros para sua manutenção são oriundos de um convênio celebrado com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SSESP) e os recursos materiais e humanos são subvencionados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, portanto, o vínculo institucional do quadro de pessoal é efetivado com a Universidade e não com a SSESP. Em função destas características peculiares a UBS conta com certo grau de liberdade na definição das propostas de atuação.

No período em que foi efetuada a coleta de dados, o serviço encontrava-se em processo de reordenamento da sua estrutura organizacional, apresentando algum nível de definição de funções e da hierarquia.

No que se refere ao aspecto normativo das ações técnicas, o serviço possui um "Programa de Saúde da Criança" com contornos próprios, que privilegia as ações de promoção e acompanhamento da saúde, além de atuar também em situações de pronto atendimento. Por sua característica de Centro de Saúde Escola, desempenha sistematicamente ações de ensino e de pesquisa, o que coloca seus profissionais em posição de constante questionamento das ações que desempenham e reforça nesses uma certa consciência de diferenciação em relação aos demais profissionais da rede básica de saúde. Essa diferenciação é ainda reforçada pelo tipo de vínculo institucional; ou seja, as relações trabalhistas se dão com a Universidade de São Paulo e não com as Secretarias de Saúde do Estado ou do Município, de modo a colocar estes profissionais em uma situação vantajosa se comparados com os da rede básica de serviços, tanto em nível salarial, quanto no que se refere à estabilidade do vínculo e à continuidade relativa das propostas de trabalho. Pode-se afirmar que o trabalho desenvolvido por esses profissionais não está submetido às oscilações

políticas, mas subordina-se a uma ordenação mais técnica. Esses fatores estão evidenciados nos depoimentos institucionais e na caracterização dos serviços analisados.

O Programa de Saúde da Criança, mencionado, também merece destaque nesta caracterização, já que o seu processo de planejamento e elaboração marcam um caminhar institucional bastante distinto da UBS IT.

A partir de 1982, com o início de uma nova orientação administrativa, passou a ser implementado um projeto de trabalho abrangente fundamentado a filosofia de "transformar o Centro de Saúde em um local que, além das ações assistenciais próprias das UBS, passasse a desempenhar ações de ensino e de pesquisa que contribuíssem para o desenvolvimento de propostas inovadoras de atenção à saúde da comunidade". Dentro desse espírito, a nova direção deu início ao desenvolvimento de um projeto que implicou, em primeiro lugar, na formação de uma equipe de técnicos que pudessem re-pensar a atuação do serviço, para elaborar propostas e definir um perfil filosófico para o trabalho da UBS. Essa equipe começou a ser formada em 1980 com a contratação de sanitaristas e, num segundo momento, com a incorporação de técnicos do próprio serviço.

A proposta de trabalho elaborada pelo grupo de assessores, que também atuavam na prestação de assistência diária da UBS caracterizou-se por definir alguns eixos diretores. O desenvolvimento de um processo de planejamento formal das ações de assistência direta, a partir da premissa da *Atenção Integral à Saúde*, envolvendo três grupos populacionais, mulheres, crianças e adultos com especial destaque para a terceira idade. A priorização de um processo contínuo de capacitação e de supervisão de recursos humanos técnicos e auxiliares. E, finalmente o deslocamento gradativo das ações de atenção individual para as ações voltadas para a saúde coletiva, elegendo como locus de ação a assistência domiciliar e institucional, a partir de uma caracterização geográfica e social da área de abrangência da UBS.

Dos eixos citados, apenas o primeiro e o segundo foram implementados o que resultou por um lado a elaboração do Programa de Saúde da Criança, que aliás estava em andamento quando da realização desta pesquisa, e por outro um intenso trabalho de capacitação de recursos humanos, envolvendo não só a discussão do processo de planejamento dos programas propriamente ditos, como a capacitação técnica para o seu desenvolvimento, e ainda a reflexão

sobre as posturas individuais frente às novas propostas de trabalho. Este processo mobilizou grande parte dos profissionais técnicos e auxiliares do serviço durante o período de 1982 a 1985. Seu esgotamento e esvaziamento, foi em parte, motivado pela impossibilidade de efetivá-lo definitivamente através de uma nova estrutura organizacional capaz de dar sustentação ao novo perfil assistencial em processo de implantação.

A administração que se seguiu na UBS a partir de 1985, procurou retomar esse processo e implementá-lo, a partir de premissas um pouco diferentes quanto à participação dos profissionais no processo de planejamento. Apesar de terem sido definidos como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Atenção à Saúde do Adolescente terem sido definidos, seu processo de implantação não teve sucesso. Quanto ao desenvolvimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, este teve seu processo de consolidação prejudicado como decorrência do embate que se seguiu entre a equipe técnica e a nova direção.

Ao longo do tempo, a UBS passou por profundas transformações, refletindo, de certa forma, as transformações sociais e de urbanização ocorridas no Município de São Paulo.

Segundo o depoimento de um entrevistado *"tudo mudou. A clientela era outra. Há 37 anos atrás, atendia basicamente pessoas de alto nível sócio-econômico, tendo como exceção um ou outro carente. Eram filhos de ministro, de fazendeiros, filhos de empresários, industriais. O pátio da Faculdade ficava cheio de automóveis, com as babás e tudo o mais que traziam. E tudo isso motivado por uma herança; porque os primeiros médicos do Centro de Saúde eram os professores de pediatria, pediatras de alta cultura que aqui atendiam de graça, para currículo.*

Nomes como Pedro de Alcantara, Lemos da Fonseca, dentre outros fizeram a história da Unidade de Saúde e também da Faculdade. Na medida em que eles foram se envolvendo, foi se transformando de Instituto de Higiene em Faculdade.

Como consequência da Guerra, principalmente do Pós-Guerra e um tremendo crescimento de São Paulo, começou a invasão da Vila Madalena por uma população de migrantes, por pessoas do Brás. Começaram a aparecer, então, os primeiros migrantes que passaram a se servir também do Centro de Saúde, mas mesmo assim a população de classe abastada ainda era predominante, apesar de decrescente."

A implantação dos centros de saúde no Brasil, portanto, seguiram sua própria lógica. Priorizaram uma clientela distinta daquela para a qual foram concebidos, uma vez que o modelo de Saúde Pública americano no século XIX, priorizava o atendimento da população imigrante carente através dos centros de saúde.

O processo histórico da UBS reflete as transformações sociais ocorridas em São Paulo e na maioria dos centros urbanos; pois, na medida em que as classes mais pobres passaram a ocupar um determinado espaço, a burguesia se afastou.

"Eles não convivem. A sala de espera é um elemento seletivo muito grande; e na hora em que a sala de espera começa a misturar a pessoa rica com o pobre, mal vestida, cria-se um ambiente que o rico chega e diz: 'Desse jeito eu prefiro sair, eu tenho outro caminho'. O pobre não tem, e fica ali. Com o passar do tempo, essa clientela de elite foi substituída por uma outra clientela de padrão classe média baixa, muito específica aqui no Centro de Saúde. Eu acho que a maioria não é miserável. Até pela condição de transformação social, o bairro. A região está sendo cercada de edifícios de boa categoria, restam poucos cortiços. Favelas praticamente não existem e essa população pobre vai saindo para a periferia."

No momento atual observa-se uma nova transformação na ocupação do espaço urbano e, como decorrência, uma mudança no perfil da clientela usuária da UBS, conforme será discutido abaixo.

A UBS localiza-se em área urbana que conta com total infra-estrutura de serviços. Sua população é predominantemente de classe média, em função da invasão imobiliária que vem ocorrendo na região. Muitos cortiços continuam existir, neles habita a parcela mais pobre da população. Segundo dados do Censo Demográfico de 1991 (IBGE), abrangendo as áreas de Alto de Pinheiros, Pinheiros e Jardim Paulista, a população é de 225.755 habitantes, contando com 72.865 domicílios e uma média de 3,21 moradores por domicílio.

A cobertura de saneamento básico da região é expressiva, a taxa da rede geral de água é de 99,17%; a de esgotos é de 98,81%, e a coleta direta de lixo é de 99,46%, o que confere à mesma características ótimas de saneamento do meio e a torna diferenciada das médias observadas no Município de São Paulo.

Apesar da aparente característica de riqueza da região, as condições de moradia da parcela mais pobre da população são extremamente precárias. Instalados em grandes casarões, os cortiços são moradias coletivas onde a

relação de habitantes por cômodos está em torno de 3 para 1. Por outro lado, as péssimas condições de manutenção das construções resulta em moradias úmidas e, às vezes, com vazamentos de esgoto a céu aberto.

Observam-se, na área de abrangência da UBS, as mesmas características dos bairros centrais da cidade que passaram, em décadas passadas, por um processo de pauperização. No atual momento, esses bairros passam a ser ocupados pelas camadas médias da população convivendo com os seus antigos habitantes que, mesmo comprometendo a renda familiar, resistem à expulsão para regiões periféricas da cidade.

Convenientemente, os usuários da UBS apresentam uma característica heterogênea, sendo constituído tanto por moradores dos cortiços, quanto por parcela da classe média de menor poder aquisitivo, residente na área. Esse perfil vem mudando na última década com o acesso ao serviço de um contingente significativo de moradores de outras regiões do Município fato esse provavelmente associado à desestruturação observada na rede básica de serviços de saúde.

Os indicadores de saúde reafirmam as características gerais anteriormente descritas (dados de 1992):

↳ Mortalidade Infantil: 13,74‰

↳ Natimortalidade: 7,30‰

↳ Natalidade: 13,56‰

A região dispõe, ainda, de uma rede de serviços de saúde composta por grande número de hospitais. São dois estatais, seis com fins lucrativos, três sem fins lucrativos. No entanto, o acesso a esses recursos é dificultado pelo pequeno número de leitos públicos e ainda por serem hospitais de grande porte e por servirem como referência para serviços de menor porte de outras regiões. Aos hospitais são acrescidas quatro UBS e um ambulatório de especialidades.

2. Os Sujeitos Estudados

Os grupos que participaram do estudo são socialmente diferenciados entre si. No interior do conjunto de mães, apesar da existência de certa homogeneidade no que se refere à inserção social, os grupos enquanto tal diferenciam-se pela estrutura urbana à qual têm acesso e individualmente pelo grau de assimilação da cultura industrial na qual vivem, uma vez a grande maioria das depoentes serem oriundas de outras regiões do Estado ou do País. Já no grupo de profissionais, a diferenciação intergrupar dá-se pela vinculação a instituições com perfis técnico, político e de inserção comunitária específicos, e ainda pelas situações distintas de trabalho também, conforme já discutido.

2.1. Mães

Os sujeitos participantes da investigação, vistos aqui enquanto representantes de grupos sociais específicos, permitem cortes analíticos para caracterizá-los. Num primeiro corte analítico, são evidenciadas mulheres-mães, representando a experiência do cotidiano e o saber acumulado a partir do desempenho do papel materno, saber esse traduzido em representações.

Todas as mães aqui estudadas pertencem a um grupo social relativamente homogêneo. A renda familiar "per capita" concentra-se em 0,5 e 1 salário mínimo em IT, atingindo a renda máxima de 3 salários mínimos. Em GPS a distribuição "per capita" concentra-se entre 1 e 2 salários mínimos, atingindo a renda máxima a 3 salários mínimos, e entretanto, o número de famílias que apresenta renda "per capita" até 0,5 salário mínimo é maior em IT. (vide anexo E, gráfico 4)

A inserção no mercado de trabalho também é similar. Os maridos de ambos os grupos estão inseridos no setor de atividades manuais especializadas. As mulheres, na sua expressiva maioria, não exercem atividade produtiva formal. O nível de instrução, concentra-se no primeiro grau, completo ou incompleto, tanto para homens como para mulheres. (vide anexo E, gráficos 3 e 5)

No grupo GPS as mulheres estão na faixa etária concentrada entre as 24 e 35 anos, são mães de 1 a 4 filhos, predominantemente 2 filhos. Expressam valores e ideais que se identificam aos da classe média. Como traço principal do exercício do papel materno, almejam ascensão social para si e suas famílias. No grupo IT as mulheres apresentam características de origem

predominantemente rural. São mães de 1 a 12 filhos, cuja faixa etária está igualmente distribuída entre 18 e mais de 35 anos, que se diferenciam das primeiras por serem portadoras de uma postura conformista frente a sua situação de classe. (vide anexo E, gráficos 1 e 2)

2.2. Profissionais

Os profissionais estudados fazem parte do universo dos trabalhadores que atuam diretamente nos Programas de Saúde da Criança (PSC) dos Serviços, representando a ação institucional frente à população usuária. Estes são vistos neste trabalho, como agentes institucionais que intermediam e viabilizam as propostas de intervenção formuladas, transformando-as segundo a visão de realidade que têm, as experiências pessoais, seu conhecimento técnico, suas representações.

Esses profissionais apresentam como traço comum a vinculação às instituições pesquisadas e o objeto de trabalho além de pertencerem, na sua maioria, ao grupo feminino (87,5%).

O nível de formação observado nos dois Serviços revela uma maioria de profissionais com formação universitária (17) contra apenas sete com 1º grau completo; em GPS observa-se dez profissionais com 3º grau, enquanto oito exercem funções para as quais esse nível de escolaridade é exigido, e dois com formação elementar; em IT observa-se sete profissionais com 3º grau de formação dos quais seis exercendo funções compatíveis e cinco profissionais com 1º grau exercendo funções auxiliares (vide anexo F, gráfico 7). Portanto, a correlação entre o número de profissionais auxiliares para cada profissional universitário é invertida principalmente em GPS; em IT essa correlação é um pouco mais equilibrada considerando que áreas como a Saúde Mental não utilizam o trabalho auxiliar.

O elemento discriminante dos dois Serviços, no entanto, é o tempo de trabalho na instituição. Observa-se uma diferença marcante. Os profissionais GPS se destacam pelo maior tempo de atuação no PSC, nenhum atua há menos de um ano, oito atuam há mais de dois anos e três entre um e dois anos, o que revela uma história institucional presente para todos os membros da equipe. Em IT a situação é inversa, cinco profissionais atuam há menos de um ano, cinco entre um e dois anos e apenas três há mais de dois anos, revelando uma constituição recente da equipe. (vide anexo F, gráfico 8)

V. DEFINIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS DA ANÁLISE

1. O Discurso Profissional

1.1. Composição dos núcleos organizadores dos discursos profissionais

Conforme proposto na metodologia de estudo, a análise de dados do material discursivo foi efetuada buscando elementos de natureza qualitativa presentes nas entrevistas. Deste modo, foi realizada, primeiramente, a definição dos núcleos temáticos, ou seja, grades de leitura das quais se originam os Núcleos Organizadores dos Discursos com os dois grupos de profissionais em separado, conforme pode ser observado abaixo.

Quadro 1: Frequência das grades de leitura entre os profissionais de Itapeverica da Serra (IT) e CSE Geraldo Paula Souza (GPS). São Paulo, 1996.

Grades de leitura	IT		GPS	
	Freq.	%	Freq.	%
1. práticas do serviço de saúde	45	28.12	43	26.38
2. práticas profissionais	30	18.75	27	16.56
3. práticas desejáveis para o serviço de saúde	21	13.12	31	19.01
4. práticas maternas	21	13.12	17	10.42
5. causalidade das práticas	6	3.75	1	0.61
6. práticas maternas desejáveis	6	3.75	1	0.61
7. práticas desejáveis para os profissionais	5	3.12	1	0.61
8. práticas do Estado	5	3.12	0	0
9. práticas sociais	5	3.12	10	6.13
10. práticas alimentares	4	2.50	5	3.06
11. práticas de cuidados	4	2.50	4	2.45
12. práticas desejáveis para as Instituições sociais	3	1.87	0	0
13. práticas familiares	3	1.87	4	2.45
14. práticas médicas	2	1.25	0	0
15. práticas educativas	0	0	2	1.22
16. práticas de estimulação	0	0	11	6.74
17. práticas dos outros profissionais	0	0	6	3.68
TOTAL	160	100.00	163	100.00

Gráfico 1: *Freqüência das grades de leitura entre os profissionais de Itapequerica da Serra (IT) e CSE Geraldo Paula Souza (GPS). São Paulo, 1996.*

Observa-se uma similaridade acentuada na distribuição das freqüências dos núcleos temáticos, destacando-se apenas que o núcleo das práticas de estimulação entre os profissionais GPS não foi referido pelos profissionais IT; e ainda uma, freqüência desigual apenas em núcleos de baixa ocorrência. As maiores freqüências são observadas nos núcleos de números 1 a 4, o que faz supor um papel preponderante destes na organização das representações profissionais esta hipótese que deverá ser reforçada ou refutada no desenvolvimento da análise das categorias. Optou-se pela fusão das grades de leitura que apresentam menor freqüência e/ou similaridade temática para a definição dos *Núcleos Organizadores dos Discursos*, conforme abaixo:

Grades de leitura	Núcleos organizadores dos discursos
1. práticas do Serviço de Saúde + causalidade	<i>práticas do serviço de saúde</i>
2. práticas maternas + práticas de cuidados + práticas alimentares + estimulação + práticas familiares + causalidade	<i>práticas maternas e familiares</i>
3. práticas profissionais + práticas médicas + práticas de outros profissionais + causalidade	<i>práticas profissionais</i>
4. práticas desejáveis para o serviço de saúde + desejáveis para os profissionais + práticas desejáveis para as instituições sociais	<i>práticas desejáveis para o serviço de saúde e instituições sociais</i>
5. práticas do estado + práticas sociais + práticas educativas	<i>práticas sociais</i>
6. práticas maternas desejáveis	<i>práticas maternas e familiares desejáveis</i>

Dessa fusão, resultou a configuração final dos núcleos discursivos para o grupo de profissionais, observada abaixo:

Quadro 2: *Frequência dos Núcleos Organizadores dos Discursos entre os profissionais de Itapeverica da Serra (IT) e CSE Geraldo Paula Souza (GPS). São Paulo, 1996.*

Núcleos organizadores dos discursos	Frequência	
	IT	GPS
1. práticas do Serviço de Saúde	47	43
2. práticas maternas e familiares	34	42
3. práticas profissionais	34	33
4. práticas desejáveis para o serviço de saúde e instituições sociais	29	32
5. práticas sociais	10	12
6. práticas maternas e familiares desejáveis	06	01
TOTAL	160	163

Gráfico 2: *Frequência dos Núcleos Organizadores dos Discursos entre os profissionais dos dois serviços estudados, apresentados na sequência do quadro. São Paulo, 1996.*

Os núcleos acima apresentados podem ser divididos em dois grandes grupos, a partir de uma primeira análise qualitativa: as práticas efetivamente desenvolvidas e as práticas idealizadas com vistas a promover a saúde da criança. Destaca-se que a auto-representação aparece caracterizada nos núcleos 1, 3, 4 e 5 e a hetero-representação nos núcleos 2 e 6.

Após o agrupamento das grades de leitura e a definição dos núcleos organizadores dos discursos, observa-se uma similaridade acentuada nas freqüências e hierarquia, como se observa na ordem decrescente de todos os núcleos para os dois grupos. Isto reforça a hipótese do papel organizador que os mesmos desempenham, nas representações profissionais. Pois, conforme destacado acima, o papel organizador observado nas quatro grades de leitura que apresentaram maior freqüência na primeira quantificação se mantém, mesmo após os novos agrupamentos. Observa-se apenas uma mudança na hierarquia que se estabelece entre os núcleos representacionais, nesta grade revelada de forma mais clara. Desta forma, os núcleos 1, 2 e 3 parecem apresentar-se como centrais e 4, 5 e 6 como complementares ou explicativos.

Os núcleos centrais revelados são os seguintes:

- 1) *Práticas do Serviço de Saúde: refere-se às práticas da Instituição que dão suporte às práticas profissionais;*
- 2) *Práticas maternas e familiares: composto pela hetero-representação sobre a dinâmica da relação família-mãe-criança e seus determinantes;*
- 3) *Práticas profissionais: constituído pela auto-representação sobre o conteúdo e os determinantes das próprias práticas.*

Foi efetuada, também, uma análise de semelhança dos núcleos organizadores, considerando-se cada um deles como sendo uma variável, através de dois métodos: o de coeficiente de correlação de Pearson e de coeficiente de correlação de Kendall. Essas análises mostraram resultados semelhantes, discutidos a seguir. (Os valores observados estão no anexo G)

Observou-se, como dado principal, o estabelecimento de forte correlação da variável 3 (*práticas profissionais*) com todas as outras analisadas, sendo essa correlação dividida em dois grupos em função do sinal da mesma: correlações positivas entre a variável 3 e as variáveis 1,4,5 (*práticas profissionais com práticas do serviço de saúde, práticas desejáveis para o serviço de saúde e instituições sociais, e práticas sociais*); e correlação negativa entre a variável 3 *práticas profissionais* e as variáveis 2 e 6 (*práticas maternas/familiares e práticas maternas e familiares desejáveis*). Outro dado relevante é a correlação negativa estabelecida pela variável 2 com as 3 e 5 e positiva com a 6 (respectivamente, *práticas maternas e familiares com práticas profissionais e práticas sociais; e práticas maternas com práticas maternas e familiares desejáveis*).

Essas correlações revelam, num primeiro olhar, dois grupos de associações. O primeiro estabelecido entre as práticas relativas às instituições, envolvendo as práticas profissionais, dos serviços de saúde e sociais, e o segundo relativo às práticas maternas reais ou idealizadas. Estas associações dão margem à suposição de dois planos dentro dos quais a promoção da saúde da criança é concebida: o plano intra-familiar, e o extra-familiar ou social mais amplo. A análise qualitativa dos núcleos poderá aprofundar tais discussões.

A composição dos núcleos dos dois grupo de profissionais, apresentam elementos diferentes na composição das grades de leitura, conforme pode ser observado no *Núcleo das Práticas Maternas e Familiares*, onde se vê que a frequência final do núcleo foi definida pela presença marcante das práticas de estimulação entre os profissionais GPS, enquanto se verifica a ausência da mesma entre os profissionais IT e a presença qualitativa relevante das práticas maternas de cuidados físicos neste grupo.

A partir da análise da composição dos núcleos organizadores evidenciam-se algumas características específicas a cada grupo estudado. O grupo de profissionais IT parece caracterizar-se por apresentar representações das práticas dirigidas à criança que expressam uma maior valorização dos cuidados físicos; vinculam-se ainda a concepções mais "sociais" de cuidados, envolvendo a estrutura macro-social como co-participante dos mesmos. Entre os profissionais GPS observa-se, de forma mais marcante, a existência de concepções de saúde da criança ao contexto micro-social e às práticas que o caracterizam. Nestas concepções, a família e as práticas a ela atribuídas para a promoção da saúde da criança são mais valorizadas.

Tais características, melhor observadas na análise das categorias, indicam posturas sócio-ideológicas distintas nos dois grupos de profissionais estudados, ou seja, representações diferentes resultantes de práticas sociais distintas.

1.2. Categorias de Discurso dos Profissionais

Após a definição dos Núcleos Organizadores dos Discursos, passa-se à etapa de análise das categorias definidas para cada núcleo e para núcleos agrupados em função dos sujeitos das ações, ou seja, *práticas sociais, práticas maternas, práticas profissionais e práticas dos serviços*. Essa análise foi realizada

a partir de elementos quantitativos e qualitativos do conteúdo dos discursos enunciados. Tais categorias representam a decomposição máxima dos discursos analisados. A caracterização e análise dos núcleos em função da sua decomposição em categorias é o passo seguinte deste estudo.

1) Núcleo Organizador relativo às práticas sociais

O núcleo das práticas sociais define a auto-representação profissional sobre o contexto social dentro do qual as suas práticas se desenvolvem. As categorias que formam este núcleo são bastante distintas entre os grupos de profissionais GPS e IT, como se observa, no quadro abaixo, no qual figuram as principais características para cada um dos dois grupos.

Quadro 3: Categorias discursivas sobre as Práticas Sociais. Representações Profissionais.

Profissionais IT		Profissionais GPS	
<i>categorias discursivas</i>	<i>Freq.</i>	<i>categorias discursivas</i>	<i>Freq.</i>
		Abordagem micro-social das práticas de saúde → relação pessoa-pessoa; família-criança; importância da presença materna; determinação do meio micro-social no qual vive a criança nos perfis de saúde	06
Abordagem macro-social das práticas de saúde → condições materiais de existência como determinantes das práticas e dos perfis de saúde •determinam ↗ • desnutrição e patologias ↘ • perpetuação da estrutura social de classes •dificultam ↗ • educação dos filhos e a transmissão de valores	06 02 02	Abordagem macro-social das práticas de saúde → condições materiais de existência como elemento complementar das práticas e dos perfis de saúde • disponibilidade financeira como garantia de acesso à alimentação, saúde e educação • inserção social da família na sociedade mais ampla	05 01

PRÁTICAS MATERNAS E FAMILIARES

As práticas maternas são analisadas em função de dois núcleos: as práticas efetivadas e aquelas idealizadas. Trata-se aqui da hetero-representação profissional, ou seja, das imagens construídas pelos profissionais sobre o perfil das práticas maternas e familiares.

2) Núcleo Organizador relativo às práticas maternas e familiares efetivadas

Seis categorias discursivas compõem este núcleo apresentadas segundo um agrupamento prévio dos seus elementos. Essas categorias resumem as representações profissionais em três planos: práticas maternas dirigidas à criança, práticas maternas relativas ao serviço de saúde/profissionais e causalidade das práticas maternas. As categorias e subcategorias agrupadas são apresentadas abaixo, e os contornos e conteúdos desse sistema semântico serão discutidos no próximo capítulo do presente trabalho.

Quadro 4: Categorias e sub-categorias discursivas sobre as práticas maternas e familiares. Representações Profissionais.

Categorias	Sub-categorias	frequência	
		IT	GPS
Práticas relativas à criança	• Sistema de cuidados físicos e nutricionais	15	12
	• Sistema de cuidados afetivos e sociais	02	16
	• Adequação dos cuidados	02	02
	• Práticas familiares	21	37
Práticas relativas ao serviço de saúde	• Participação e Interesse nas atividades do Serviço	09	10
	• Credibilidade no Serviço	03	00
	• Qualidade do Serviço	02	03
	• Práticas de saúde medicalizantes	03	00
Determinação das práticas maternas	• Estrutura pessoal materna	06	01
	• Nível cultural materno	05	00
	• Credibilidade no serviço/segurança profissional	02	00
	• Responsabilização social	03	01
	• Estrutura familiar	01	05
TOTAL		74	87

3) Núcleo Organizador relativo às práticas maternas e familiares idealizadas

As práticas maternas idealizadas pelos profissionais como adequadas e necessárias são reconhecidas como pré-condição para a garantia de boas condições de saúde. Nessa medida, a correlação entre o perfil dessas práticas e a determinação do processo saúde-doença parecem importantes.

As práticas idealizadas, de certa forma, opõem-se às práticas efetivadas no imaginário profissional. No entanto, o que se pode observar é o estabelecimento de uma contradição não antagônica entre os dois núcleos e, por vezes, uma relação de complementaridade entre eles.

Quadro 5: Categorias e subcategorias discursivas sobre as práticas maternas e familiares desejáveis. Representações profissionais.

Categorias	Sub-categorias	Frequência	
		IT	GPS
Cuidados físicos	• Práticas de Cuidados e Alimentação	09	02
	• Base Biológica Saudável e Cuidados de Saúde	02	00
Cuidados psico-emocionais	• Estrutura Emocional e Práticas Afetivas Paternas	04	03
	• Práticas de Estimulação	01	11
	• Relacionamento Interpessoal	04	02
Cuidados sociais	• Práticas de Educação	03	02
	• Condições Materiais de Vida	04	02
TOTAL		27	22

PRÁTICAS PROFISSIONAIS

A análise das práticas profissionais apresentada considera os dois núcleos organizadores: um relativo às Práticas Profissionais Efetivadas e outro relativo às Práticas Profissionais e Institucionais Desejáveis. Tal como nas representações sobre as práticas maternas, as práticas profissionais apresentam-se duplamente referidas, ou seja, a partir do real representado e do idealizado.

4) Núcleo Organizador relativo às práticas profissionais efetivadas

As práticas profissionais efetivadas são analisadas, primeiramente segundo as especificidades por categoria profissional. Para tanto, foram definidas quatro grupos em função dos papéis diferenciais que cada um desempenha nas ações de promoção da saúde da criança. As categorias são definidas a partir do material empírico, inicialmente e num segundo momento, por uma re-tradução deste, caracterizando-se, como categorias analíticas e empíricas. Dentre as categorias destacam-se de números uma a quatro como categorias analíticas, isto é, que se referem às práticas efetivamente desenvolvidas pelos profissionais e as de números cinco a sete, como categorias explicativas do próprio trabalho.

Conforme pode ser observado no quadro a seguir, a análise quantitativa deixa antever algumas particularidades.

Quadro 6: *Freqüência das categorias discursivas sobre as práticas profissionais desenvolvidas. Representações profissionais.*

grupo profissional	AUXILIARES		MÉDICOS		ENFERMEIROS		PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS		TOTAL	
	IT	GPS	IT	GPS	IT	GPS	IT	GPS	IT	GPS
1. Práticas de Educação em saúde ou Capacitação de Recursos Humanos (*)	10	08	02	14	02	04	04	06	18	32
2. Práticas de Avaliação do crescimento	05	03	03	10	00	00	00	03	08	16
3. Práticas de Acompanhamento do desenvolvimento	04	03	02	10	00	00	07	04	13	17
4. Práticas de recuperação da saúde	04	06	03	02	00	02	03	02	10	12
5. Objetivos do trabalho	04	00	04	10	03	01	05	04	16	15
6. Valorização do trabalho	12	03	01	03	00	00	02	03	15	09
7. Determinação das práticas	02	07	00	05	03	03	09	05	14	20
TOTAL	41	30	15	54	08	10	30	27	94	121

(*) As práticas de capacitação de recursos humanos referem-se apenas às práticas dos Enfermeiros.

A análise quantitativa apresentada acima pode ser melhor compreendida e complementada pela descrição do significado e do perfil das categorias definidas através da análise qualitativa, objeto do capítulo seguinte.

A decisão de analisar, em separado cada categoria profissional, a partir da premissa de que as práticas profissionais guardariam especificidades em função do papel assumido na instituição. Esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada pela análise qualitativa no decorrer da qual foram observadas

diferenças representacionais agrupamentos nem sempre correspondentes à categorização das categorias profissionais definidas acima. Em lugar disto, evidenciaram-se outras formas de agrupamento em função de semelhanças representacionais, por um lado, e por posição assumida dentro da instituição, por outro.

5) Núcleo Organizador relativo às práticas profissionais e institucionais idealizadas

Este núcleo analítico é definido pelas imagens presentes no imaginário idealizado dos profissionais estudados. Desta forma, representam o espelho desejável das práticas institucionais e das próprias práticas, revelando novos traços representacionais ou confirmando alguns já discutidos. Pode-se observar, abaixo, a quantificação das categorias.

Quadro 7: Categorias e subcategorias discursivas sobre as Práticas Profissionais e Institucionais Desejáveis. Representações Profissionais.

Categorias	Sub-categorias	frequência		TOTAL
		IT	GPS	
1. ESTADO	. Infra-estrutura básica	04	01	05
	. Ação compensatória	02	01	03
2. UBS	. Tecnologia do trabalho	11	16	27
	. Ação comunitária	10	02	12
	. Organização	0	11	11
	. Infra-estrutura	04	07	11
	. Ação na família	03	05	08

Como se observa no quadro acima, relativo a quantificação das categorias, a referência às práticas consideradas como desejáveis para o Estado são divididas em dois grupos: as ações de caráter compensatório promovidas eventualmente pelo Estado, utilizando-se muitas vezes, das próprias UBS para sua efetivação e as práticas estruturais sob a responsabilidade do próprio Estado.

A análise da categoria referente às práticas idealizadas para as UBS pode ser entendida a partir de dois eixos básicos: a *dinâmica do trabalho desenvolvido* e o *"locus" de ação dos serviços*. No primeiro eixo estão envolvidos a tecnologia do trabalho, a definição de prioridades, a infra-estrutura necessária para o trabalho e os aspectos organizacionais, mais especificamente relacionados com o funcionamento da instituição; já o segundo, envolve a atenção individual,

familiar e coletiva. A partir desses dois eixos torna-se possível caracterizar as representações de cada um dos serviços.

6) Núcleo Organizador relativo às práticas institucionais

A definição e quantificação das categorias deste núcleo não foi realizada, uma vez que os conteúdos representacionais associados à instituição reproduziram o conjunto de sentidos presentes nas representações sobre as práticas profissionais.

A conformação e o conteúdo geral das categorias serão discutidas no capítulo seguinte. Não se observou, nas representações, um campo de "praxis" específico constituído por um conjunto organizado e identificado de práticas institucionais diferenciado das práticas profissionais.

2. O discurso materno

2.1. Composição dos Núcleos Organizadores dos Discursos Maternos

Prosseguindo com a mesma técnica de análise utilizada para os profissionais foram definidas, primeiramente, as Grades de Leitura do material discursivo, conforme quadro abaixo:

Quadro 8: Frequência das grades de leitura entre as mães de Itapeverica da Serra (IT) e CSE Geraldo Paula Souza (GPS). São Paulo, 1996.

Grades de leitura	IT		GPS	
	Freq.	%	Freq.	%
1. práticas maternas de cuidados	34	29.3	35	30.4
2. práticas maternas de determinação da saúde da criança	19	16.3	13	11.3
3. práticas desejáveis para o serviço de saúde	15	12.9	07	6.0
4. práticas maternas desejáveis	14	12.0	09	7.8
5. práticas de promoção da saúde	14	12.0	12	10.4
6. práticas familiares do serviço de saúde	09	7.7	17	14.7
7. práticas paternas	08	6.9	10	8.6
8. práticas desejáveis para as instituições sociais	02	1.7	00	0.0
9. práticas familiares	01	0.8	12	10.4
TOTAL	116	100.	115	100.0

Gráfico 3: Frequências das grades de leitura observadas entre as mães estudadas dos dois serviços - IT e GPS, São Paulo, 1996.

Como pode-se observar, o gráfico acima é revelador. Dele constam elementos temáticos distintos dos apresentados entre os profissionais, tais como, práticas paternas, práticas maternas determinantes da saúde da criança e práticas familiares de promoção de saúde. Esses conteúdos temáticos indicam a existência de traços representacionais distintos daqueles observados entre os profissionais.

As freqüências apresentadas são diferentes nos dois grupos, observando-se uma hierarquia própria a cada um. Ou seja, entre as mães GPS, as grades de leitura referentes às práticas efetivadas aparecem destacadas primeiramente, sendo seguidas pelas práticas desejáveis ou idealizadas; já entre as mães IT essa organização não apresenta uma lógica interna específica, destaca por outro lado a grade relativa às práticas familiares que apresenta freqüência "um", enquanto entre as mães GPS essa é a terceira grade na hierarquia. As freqüências totais são similares nos dois grupos e a grade relativa às *práticas maternas* apresenta a maior freqüência nos dois grupos, destacando-se como elemento organizador das representações maternas.

As Grades de Leitura destacadas possibilitam associações por revelarem temáticas comuns aos discursos analisados. Ainda, as grades discursivas definem uma orientação clara das representações, qual seja, o discurso sobre as próprias práticas ou auto-representação.

Os agrupamentos temáticos efetuados podem ser observados abaixo, seguidos da configuração final dos núcleos organizadores dos discursos.

Grades de leitura	Núcleos organizadores dos discursos
1. práticas maternas+práticas de promoção da saúde+práticas familiares+práticas paternas	<i>práticas maternas e familiares</i>
2. práticas do serviço de saúde	<i>práticas do serviço de saúde</i>
3. práticas desejáveis para o serviço de saúde + práticas desejáveis para as instituições sociais	<i>práticas desejáveis para o serviço de saúde e instituições sociais</i>
4. práticas maternas desejáveis + determinação	<i>práticas maternas e familiares desejáveis</i>

Quadro 9: *Frequência dos Núcleos Organizadores dos Discursos entre as Mães de Itapeçerica da Serra (IT) e CSE Geraldo Paula Souza (GPS). São Paulo, 1996.*

Núcleos organizadores dos discursos	IT		GPS	
	Freq.	%	Freq.	%
1. práticas maternas e familiares	57	40.1	69	60.0
2. práticas maternas desejáveis	33	28.3	22	19.1
3. práticas desejáveis para o Serviço de Saúde e instituições sociais	17	14.6	07	6.0
4. práticas do Serviço de Saúde	09	7.7	17	14.8
TOTAL	116	100	115	100

Gráfico 4: *Frequência dos Núcleos Organizadores dos discursos maternos dos dois serviços estudados, apresentados na sequência do quadro.*

Os núcleos acima expressam os eixos semânticos que organizam as representações maternas sobre as práticas relativas à saúde da criança. Essa organização dá-se a partir de práticas reais, efetivadas e também de práticas idealizadas, da mesma forma que nas representações profissionais. Essas representações se organizam em torno de quatro núcleos: (1) *as práticas maternas (próprias) efetivadas* e (2) *idealizadas*, eixo em torno do qual os outros núcleos se organizam, apresenta uma frequência destacada das demais; (3) *as práticas dos serviços de saúde efetivadas e idealizadas*, consideradas enquanto

práticas institucionais, incluindo as práticas profissionais, não referidas de forma isolada.

A análise de correlação efetuada através dos mesmos métodos referidos anteriormente revelam as seguintes associações: a maior correlação foi observada entre as variáveis *práticas maternas e familiares* e *práticas maternas e familiares desejáveis*, e entre as *práticas do serviço de saúde* e as *práticas maternas e familiares desejáveis*, sendo esta última negativa. Considerando os núcleos de forma isolada observa-se que a variável relativa às *práticas maternas e familiares* estabelece correlação positiva com as *práticas maternas e familiares desejáveis*. As *práticas maternas e familiares desejáveis* estabelece correlação positiva com as *práticas maternas e familiares* e negativa com as *práticas do serviço de saúde*. As *práticas desejáveis para o Serviço de Saúde e Instituições sociais* estabelece correlação positiva com as *práticas do serviço de saúde*; e, finalmente, as *práticas do serviço de saúde* estabelece correlação negativa com as *práticas maternas e familiares desejáveis* e positiva com as *práticas desejáveis para o serviço de saúde e Instituições sociais*. Portanto, observa-se aqui também a linha divisória dos núcleos organizadores e, portanto, das representações em dois planos: práticas intra-familiares e práticas institucionais, da mesma forma que entre os profissionais.

Os discursos emitidos pelas mães GPS são mais organizados teoricamente, conforme mencionado anteriormente. Eles apresentam uma sequência lógica que destaca as práticas efetivadas em primeiro plano, e, em segundo as práticas idealizadas; já as práticas familiares são referidas apenas neste grupo. No grupo de mães IT os discursos são menos objetivos, apresentam uma grande variação de enfoque entre si, além de um distanciamento também mais pronunciado do conhecimento científico. As questões relacionadas à sobrevivência são expressas de forma marcante, aparecendo como elemento determinante da saúde da criança.

Na análise das representações maternas dos 2 grupos pode-se observar uma semelhança na hierarquia dos núcleos semânticos dando margem a uma definição única da direção das representações. Nota-se uma ressalva apenas; a inversão das frequências do núcleo das práticas desejáveis para o serviço de saúde no grupo IT. Este último item aparece antes das práticas efetivadas, fazendo supor uma maior fluência do discurso idealizado do que do real.

2.2. Categorias do discurso materno

A análise dos contornos dos Núcleos Organizadores dos Discursos, explicita o conteúdo e a organização das representações estudadas e pode, ainda, fazer emergir o núcleo central.

Partindo da premissa de que as categorias representam a decomposição máxima dos discursos analisados, apresenta-se, a seguir. São delineadas as categorias subjacentes aos discursos nos grupos de mães em função de recortes quantitativos.

PRÁTICAS MATERNAS E FAMILIARES

As práticas maternas são analisadas em função de dois núcleos: as práticas efetivadas e as idealizadas. Trata-se aqui da auto-representação materna, ou seja, das imagens construídas pelas mães sobre o perfil das próprias práticas. Este núcleo discursivo apresenta similar entre os profissionais, o que possibilita uma análise comparativa entre a auto-representação materna e a hetero-representação profissional.

1) Núcleo Organizador relativo às práticas maternas e familiares efetivadas

Segue abaixo a distribuição de frequência entre as categorias evidenciadas pelas mães:

Quadro 10: Categorias e sub-categorias discursivas sobre as práticas maternas e familiares efetivadas. Representações Maternas.

Categorias	Frequência	
	IT	GPS
1. Auto-Imagem e papel materno	23	35
2. Sistema de Cuidados Maternos	42	18
3. Práticas familiares	7	14
4. Atribuição de conhecimento sobre o sistema de cuidados maternos	22	13
TOTAL	94	80

A análise das representações maternas sobre as próprias práticas revela uma configuração um pouco diferente das representações profissionais. Aqui as representações se organizam em torno de quatro categorias: *auto-imagem* e

papel materno, sistema de cuidados maternos, práticas familiares e atribuição de conhecimento sobre as práticas de cuidados maternos. Essas categorias “tratam”, sobretudo, da criança enquanto sujeito de cuidados e também das estratégias utilizadas pelas mães para o direcionamento de tais cuidados. Destacam-se como elementos marcantes dessas categorias a referência às práticas paternas e também a valorização do próprio conhecimento enquanto elemento definidor das práticas maternas.

Ainda no quadro 10, observa-se que a categoria referente ao *Sistema de Cuidados Maternos* aparece destacada. Foi adotado o termo “sistema” por estarem aqui incluídos diversas dimensões dos cuidados maternos numa relação dialética. Em outras palavras, os cuidados físicos, emocionais, sociais e culturais são referidos a partir de uma visão integrada e interdependente, e as entrevistadas reconhecem a articulação dos planos citados. Desta forma, não se observa nas representações maternas a mesma fragmentação (em parte residual do conhecimento científico) destacada nas representações profissionais.

Vale mencionar a presença da categoria das *práticas familiares* que apresenta maior frequência entre as mães GPS, o que reforça uma característica representacional também destacada pelos profissionais do mesmo Serviço. É também digna de nota a importância quantitativa da categoria *auto-imagem e papel materno* em IT, o que indica a importância atribuída ao próprio papel desempenhado na educação e no cuidado com os filhos.

2) Núcleo Organizador relativo às práticas maternas e familiares idealizadas

Neste núcleo discursivo as mães entrevistadas falam em função da valorização de práticas vivenciadas e reconhecidas como adequadas e também a partir da visão de mundo que têm, expressando suas preocupações sociais, a valorização da família, a preocupação com a violência, dentre outras. Nessa medida, as práticas maternas idealizadas refletem um universo de valores característico a cada grupo de mães.

Ao falar das práticas desejáveis, portanto idealizadas, as mães também expressam os fatores que determinam a saúde da criança através de exemplificações e de uma hierarquia de valores. No imaginário materno, as

práticas idealizadas não se opõem às práticas efetivadas, pois, conforme destacado acima, expressam também a valorização do momento vivido, diferenciando-se das representações profissionais.

Quadro 11: *Categorias e sub-categorias discursivas sobre as práticas maternas e familiares desejáveis. Representações maternas.*

Categorias	Sub-categorias	Frequência	
		IT	GPS
Cuidados físicos	• Práticas de Cuidados Físicos	13	05
	• Práticas de Alimentação	17	04
	• Práticas de Cuidados de Saúde	07	02
Cuidados psico-emocionais	• Práticas Afetivas	11	04
	• Práticas de Educação	17	06
	• Estrutura Emocional dos Pais	03	05
	• Relacionamento Interpessoal	17	06
Cuidados sociais	• Prática dos Equipamentos Sociais	04	02
	• Condições Materiais de Vida e Moradia	03	04
TOTAL		92	38

PRÁTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Na análise das práticas dos serviços de saúde foram considerados dois núcleos discursivos principais, ou seja: *núcleo organizador relativo às práticas efetivadas pelos Serviços* e o *núcleo organizador relativo às práticas desejáveis para os Serviços*. Destaca-se que o conteúdo discursivo desses núcleos refere-se às práticas institucionais dentro de uma concepção ampla, incluindo, portanto, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Da mesma forma que nas representações profissionais, as práticas apresentam-se duplamente referidas, a partir do real representado e do real idealizado.

3) Núcleo Organizador relativo às práticas efetivadas pelo serviço de saúde

As práticas efetivadas pelos serviços de saúde são referidas pelas mães a partir do conjunto de experiências acumuladas pelas mesmas na relação com seus profissionais e com a instituição. As descrições dessas práticas são, geralmente, impregnadas de um conteúdo avaliativo e emocional, uma vez que a elas são associadas experiências (boas ou más) que marcaram tal relação. Nesse sentido, quanto mais intensa a relação estabelecida entre usuários e serviço, mais ricas as descrições efetuadas. Pode-se observar no quadro quantitativo abaixo que a frequência total das categorias entre as mães GPS é bem maior do que entre as mães IT, indicando que o conteúdo das falas daquele grupo apresenta mais elemento do que o segundo.

Quadro 12: Frequência das categorias discursivas sobre as práticas efetivadas pelos Serviços de Saúde. Representações maternas.

Categorias	Frequência	
	IT	GPS
1. Práticas de Educação em saúde	01	13
2. Práticas de acompanhamento e de promoção da saúde	04	10
3. Objetivos do trabalho da UBS	00	04
4. Valorização do trabalho profissional	07	07
TOTAL	12	34

4) Núcleo Organizador relativo às práticas desejáveis para os serviços de saúde e instituições sociais

Reproduzindo imagens presentes no imaginário das mães entrevistadas, este núcleo se revela por oposição, definindo “aquilo que não é feito ou aquilo que deveria ser feito” pelos serviços de saúde. Expressam, portanto, o espelho desejável das práticas institucionais e profissionais.

Como se observa no quadro abaixo, neste núcleo ocorre uma inversão quantitativa das frequências totais entre os serviço IT e GPS. Tal inversão traduz o universo representacional dos dois grupos; ou seja, o grupo de mães GPS verbaliza de forma clara e quantitativamente mais expressiva a realidade cotidiana do serviço ao qual se vincula. Já no grupo IT observa-se uma verbalização pouco expressiva e detalhada sobre o cotidiano vivido, no entanto as representações são claras, numerosas e ricas ao referirem se às ações

idealizadas para o serviço de saúde. A análise dos dois núcleos discursivos, em conjunto, talvez seja ilustrativa para uma melhor compreensão desse universo representacional.

Quadro 13: *Categorias e sub-categorias discursivas sobre as práticas desejáveis para os Serviços de Saúde e Instituições Sociais. Representações Maternas.*

Categorias	Frequência	
	IT	GPS
1. Práticas de educação em saúde	09	06
2. Apoio psicológico	00	02
3. Suplementação alimentar	04	00
4. Fornecimento de medicamentos	02	00
TOTAL	15	08

As categorias discursivas até aqui apresentadas, foram delimitadas a partir da configuração quantitativa dos núcleos organizadores dos discursos e das grades semânticas. No capítulo seguinte, serão detalhados e discutidos os conteúdos das mesmas categorias e os seus contornos qualitativos. Em função do significado dos núcleos abordados, as categorias discursivas foram agrupadas em quatro temáticas explicativas: *a determinação da saúde da criança, as práticas profissionais na saúde da criança, as práticas maternas na saúde da criança e a saúde da criança nas práticas institucionais*. Conforme proposto na metodologia de estudo, esses temas conformam os descritores representacionais dos quatro grupos estudados.

VI. A SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS PRÁTICAS:
promoção e exclusão

1. Sobre a determinação da saúde

1.1. Profissionais IT

<< ...ninguém tá preocupado com absolutamente nada que se refira à criança. Acho que, sem dúvida, isso daí é uma coisa que é própria do sistema capitalista, que as crianças são criadas prá serem mão-de-obra mesmo e que ninguém tá preocupado, em... em... no bem dela mesma, tá preocupado em criar a criança prá sê mão-de-obra quando crescê. A escola tá voltada prá isso, acho que o Centro de Saúde acaba tando voltado prá isso, prá manutenção mesmo.>>

Neste grupo de profissionais as associações efetuadas pelos entrevistados são integralmente atreladas à relação de determinação do processo saúde-doença.

Nesta concepção, afirma-se que as condições de vida são determinadas pelo contexto macro-social da sociedade e desta forma, se expressa diretamente em perfis específicos de saúde para a criança. Observa-se, portanto, a atribuição de uma causalidade quase direta nesse processo.

Por outro, a especificação desse processo é efetuada a partir da afirmação de um "ciclo social da pobreza", que tem seu impacto populacional maior na determinação do que os profissionais denominam de "sub-geração de indivíduos". Observa-se, nessa concepção, a presença de elementos do pensamento científico que afirmam uma relação direta entre alimentação-estado nutricional-aprendizagem.

A concepção acima explicitada demonstra conter elementos contraditórios no seu bojo, uma vez que a determinação social da saúde, mesmo expressa ou explicada através da concepção materialista, parece não permitir um desdobramento para a segunda relação efetuada, qual seja, a de determinação tácita de níveis intelectuais da população. Numa certa medida, o

desdobramento presente nos discursos profissionais pode indicar para uma contradição intrínseca aos mesmos ou apenas para uma concepção social reafirmada no imaginário desse grupo, porém pouco incorporada nos seus mecanismos de reprodução.

Na análise quantitativa observa-se apenas em uma entrevista uma melhor explicitação ou "afinamento" teórico da categoria acima, referindo-se à estrutura de classes e ao sistema capitalista como determinantes, do processo saúde-doença. Nos outros depoimentos, conforme destacado, os contornos dessa relação são dúbios.

Explicitada de uma outra forma, a concepção social do grupo é reafirmada na afirmação de um determinado "abandono social da maternidade" enquanto característica inerente ao sistema capitalista, e que é estruturado para uma pré-determinação da inserção em classes sociais específicas, ou seja, para a preservação da estrutura de classes existente.

1.2. Profissionais GPS

<<... então todos esses fatores estão todos ligados, porque o estado nutricional também depende do nível sócio-econômico, a saúde física vai depender também do estado nutricional.>>

<< É, acho que prá criança ter um desenvolvimento adequado ela tem que ter condições de vida adequadas, ou seja, é... estímulo por parte do adulto que tá cuidando dessa criança. A criança tem que ser estimulada em todos os sentidos, assim... oferecendo brinquedos diferentes, tendo contato com o brinquedo mesmo, convivendo com outras crianças... Então o estímulo é muito importante.>>

As relações de determinação do processo saúde-doença, em especial na saúde da criança, aparecem referidas neste grupo através do destaque das relações micro-sociais como categoria predominante, onde o ambiente próximo, as relações sociais e as práticas de estimulação são reconhecidas como fundamentais para assegurar um adequado desenvolvimento físico e psicológico e, portanto, boas condições de saúde.

Tais características expressam traços representacionais atrelados a conceitos sobre saúde e desenvolvimento infantil presente no conhecimento científico indicando, portanto, para a presença de uma retradução do mesmo no imaginário profissional mantendo suas bases técnicas e "não ideologizadas".

A disponibilidade financeira não é referida como determinante de perfis de saúde específicos e a relação entre estrutura de classes e saúde da criança

A disponibilidade financeira não é referida como determinante de perfis de saúde específicos e a relação entre estrutura de classes e saúde da criança aparece citada em um dos depoimentos apenas. Observa-se que as representações, neste grupo, são constituídas a partir de um referencial que não comporta a relação entre a estrutura macro-social e as condições de saúde; ao contrário, observa-se em alguns depoimentos a negação de uma relação direta nessa determinação, fazendo referência ao contexto próximo à criança e à relação mãe-família-criança como mais relevantes para a promoção da saúde infantil.

Pode-se observar uma tal característica representacional a partir de dois pólos: como a não redução das condições de saúde à um determinante imutável, como as classes sociais, ou seja, atribuir a um "outro" desconhecido a determinação da realidade imediata vivenciada, reconhecendo a existência de um outro nível, mais próximo, mais acessível e passível de mudança, onde a saúde da criança e seu desenvolvimento são forjados. Por outro lado, a característica apresentada pode também significar uma simplificação da vida social e das determinações do processo saúde-doença, na medida em que não reconhece o nível macro-social de determinação citado.

As relações micro-sociais podem ser vistas enquanto intermediação entre o cotidiano vivido e a estrutura de classes sociais existentes em dado contexto, mas também podem ser tomadas enquanto entidade autônoma, dissociada da estrutura macro-social. Os depoimentos analisados não permitem concluir por qual das duas vertentes as representações foram constituídas.

2. A saúde da criança nas práticas maternas e familiares: a oposição entre o real e o ideal

As práticas maternas são aqui analisadas numa dupla dimensão: enquanto o real consubstanciado no imaginário dos entrevistados, e enquanto práticas ideais representadas por mães e profissionais de saúde. A oposição entre o real e o ideal, portanto, aparece caracterizada nos quatro grupos estudados.

As práticas efetivadas pelas mães são concebidas pelos profissionais enquanto uma hetero-representação uma vez que, apesar de representar a imagem sobre as ações do outro, em certa medida carrega na sua constituição as representações sobre as próprias práticas, expressando um conjunto de valores constituídos pelos profissionais. Desta forma, pode-se observar elementos ideológicos expressos, enquanto conteúdos representacionais.

Por outro lado, as mulheres entrevistadas reproduzem o seu cotidiano de vida através de imagens presentes no desempenho do papel materno, portanto, as práticas descritas, conforme será discutido, não podem ser visualizadas como independentes desse papel e também do contexto social objetivo no qual vivem.

2.1. Representações Profissionais

2.1.1. Profissionais IT

As representações profissionais são organizadas em função de três eixos discursivos: as práticas maternas relativas à criança, as práticas maternas relativas ao serviço de saúde e a determinação das práticas maternas.

• Práticas maternas relativas a criança

<< Ah, eu acho que... que depois não vai... não vai aprendê na escola, não vai saber. Então, vai desde pequenininho se não tá... se ele tem má alimentação, acho que tudo gera mal crescimento e já num... num tem... acho que num tem um bom crescimento e depois já vai, no período escolar já num vai rendê como as outras criança.>>

<< A mãe, conforme a criança vai crescendo, é no tratamento que ela dá prá ele, se a criança é mais limpa. Então o que é bem tratada é aquela criança calma, co'a mente mais sadia.>>

<< Olha, eu acho que alguma vez é da má alimentação. Sempre é... sempre é isso mais que traz, que criança que não come direito não desenvolve de jeito nenhum. Bom, porque se a criança é doentinha não tem... se não tivé uma boa alimentação não desenvolve de jeito nenhum. Desenvolve sim, mas bem demorado.>>

As práticas maternas são reconhecidas enquanto elemento estreitamente relacionado à saúde da criança, uma vez que é a partir dos cuidados cotidianos dispensados a ela que os perfis de saúde e de desenvolvimento são definidos.

Nesse sentido, pode-se caracterizar um determinado "*Sistema de cuidados à criança*" com contornos próprios a partir das categorias *Sistema de Cuidados Físicos e Nutricionais* e *Sistema de Cuidados Afetivos e Sociais* que aparecem com relevância neste grupo de profissionais.

Esse sistema é caracterizado por práticas maternas que visam a promoção da saúde da criança, abrangendo práticas de bem-estar orgânico, tais como higiene da criança e do ambiente, alimentação; incluem-se, igualmente, práticas de conforto, estimulação psicomotora, promoção do vínculo afetivo e práticas de educação, tais como, colocação de limites e transmissão de valores. Destacam-se como elementos definidores deste grupo as práticas de higiene, alimentação e conforto, o que parece indicar uma determinada ótica de auto-representação espelhada na hetero-representação materna.

A característica marcante deste grupo pode ser observada no estabelecimento de uma relação de causalidade direta entre nutrição e desempenho escolar, marcando raízes em determinada concepção do conhecimento científico. Cabe destacar que tal concepção é observada entre profissionais de todos os níveis de formação, universitária e elementar, e ainda são marcadas por uma não distinção entre saúde física e mental, ou seja, ambas são tratadas como um processo único com determinações equivalentes, onde a alimentação e o estado nutricional da criança ocupa lugar de destaque.

O caráter higienista e biológico predominante nas práticas representadas indica para uma concepção de saúde da criança como resultante principalmente do bem-estar físico, ainda atrelada a uma perspectiva da puericultura clássica. Outro aspecto que afirma tal concepção é a responsabilização materna por tais cuidados.

<<...são pessoas que quer o melhor pro filho, mas alguma vez faz errado.>>
<< Elas são muito mal informadas, têm pouquíssima informação realmente. Assim, a quantidade de mães que utiliza mamadeira é absurda, totalmente erradas; elas tem informação proveniente da vizinha, da sogra, da mãe ...>>

Apesar de sua pequena representatividade quantitativa, a categoria de *adequação dos cuidados maternos* destaca-se em função do significado que

carrega. Nela os cuidados maternos são classificados como *adequados ou inadequados*, estabelecendo uma relação de determinação entre cuidados maternos e perfis específicos de crescimento e de desenvolvimento infantil; destaca ainda características de crescimento e de desenvolvimento como resultantes de práticas de alimentação, estimulação e de cuidados maternos, sendo tais cuidados definidos como certos ou errados. A relação de causalidade aparece expressa na seguinte relação: os "comportamentos corretos" determinam boas condições de saúde e os "incorretos" os estados patológicos ou os perfis inadequados do desenvolvimento infantil. O *interesse materno* no cuidado com o filho é destacado como importante, mas não suficiente para a garantia de cuidados adequados. O julgamento das práticas corretas ou incorretas é efetuado tendo como parâmetro o cumprimento das orientações efetuadas pelo serviço de saúde ou pelos profissionais individualmente, ou seja, o *cumprimento das orientações dos profissionais de saúde determina práticas corretas, que por sua vez determinam boas condições de saúde*.

<< ...agora nós vemos a falta de família, então isso daí leva a criança a ser criada num ambiente hostil. Esse ambiente hostil faz com que a criança seja, se desenvolva cheia de traumas e esses traumas são notados logo no início, uma criança nervosa, uma criança agressiva, tudo isso é proveniente da forma de criação e talvez por falta de um consenso familiar entre o pai e a mãe, e uns casos de filhos de pais separados ou de mães que não consigam ter uma família, não consigam dar uma orientação mais pacata aos seus filhos. O pai que bebe, chega em casa bate na mãe, bate nas crianças, tudo isso vai acarretar a essa criança traumas psicológicos muito intensos e ela vai carregar pro resto da vida. >>

Apesar da categoria relativa as *práticas familiares* apresentar a maior frequência neste núcleo, sua relevância para as práticas profissionais parece ser equivalente àquela apresentada pelas outras categorias de práticas relativas a criança. Refere-se a estrutura familiar como base para um bom desenvolvimento infantil, destacando uma relação de causalidade entre a estrutura psíquica da criança e sua inserção em uma família (entendida como o conjunto pai-mãe-filhos) e de uma determinada "estruturação familiar normal". Nesta concepção, a ausência de estabilidade familiar determina dificuldades psicológicas e comportamentais permanentes, entendidas como "traumas psicológicos que serão carregados pela criança pelo resto da vida".

Observa-se, assim, a valorização da estrutura familiar tradicional como base para a saúde mental e para um bom desenvolvimento psicossocial da criança, além de considerar que as práticas de educação efetivadas são resultantes do tipo de estrutura familiar existente. A relação entre práticas de cuidados e comportamento infantil é destacada, afirmando que o comportamento é

determinado pelas práticas paternas e estas pelas condições de vida. As práticas paternas são vistas em função do grau de autoridade ou de cuidado com a criança - tratar bem versus tratar mal.

• Práticas maternas relativas ao serviço de saúde

<< a maioria das mães vem no Centro de Saúde prá sai daqui com um caminhão de remédios... Então elas [as mães] sentem uma relutância em pegar este... ah, vô no Centro de Saúde, eles me ensinaram um xarope caseiro que minha vó fazia há vinte anos atrás, ah! por que que existe Centro de Saúde então ? >>

As representações profissionais sobre as práticas maternas relativas ao serviço de saúde são caracterizadas por dois elementos principais: o tipo de "produto" buscado pelas mães, e a participação/interesse demonstrado pelas mesmas nas atividades do serviço.

As práticas de saúde medicalizantes são referidas como determinantes da busca dos serviços de saúde pelas mães em contraposição com as práticas preventivas e educativas (valorizadas pelos profissionais e oferecidas pelo serviço). Estabelece uma relação entre o interesse materno demonstrado e a transformação das práticas, destacando as mudanças comportamentais como objetivo principal do serviço.

Ao analisar a participação das mães nas ações de saúde observa-se uma maior referência ao interesse das mesmas pelas atividades educativas, o que faz supor um conflito intrínseco a representação ou, tão somente, que essa postura não é consensual entre os entrevistados.

A presença desta categoria enquanto elemento representacional de profissionais sobre as práticas maternas faz emergir a questão da competência dos serviços em dar respostas às demandas trazidas pela população, ou seja, o próprio embate entre as estratégias de promoção e as de recuperação da saúde, característico dos serviços locais de saúde públicos.

<< Algumas têm Interesse, outras são mais retraídas, já não demonstram muito... muito interesse ou se demonstram você sabe que não vão realizar. Saiu daqui, entrou por um ouvido saiu pelo outro, mas tudo isso tá relacionado com aquilo que eu falei antes, a capacidade de aprendizado da própria mãe, que ela teje interessada em fazê, ou não, ou de acomodação da própria mãe. E também são acomodadas, você sabe que você tá falando aqui mas ela não tá nem aí, ela vai continuá tendo a mesma vida dela e no mês que vem ela vai voltá com o mesmo problema da criança. Então não val refleti em nada. Então, mas se você conseguí em uma de dez que entra aqui, uma que escute alguma coisa já é o suficiente; voce tá conseguindo alguma coisa. >>

<< ...Só assim, só de olhá... a gente t'all falando, explicando prá mãe, a mãe escuta tudo mas 'cê vê na cara dela que ela não tá um pingo interessada naquilo que você tá falando.>>

<< Ó, prá dizê a verdade muitas vezes as mães não ligam; elas não dão muito ouvido prá gente; que elas acham que não é verdade o que a gente tá falando.>>

<< É, [a insegurança do profissional] atrapalha porque elas aí, elas pegam desconfiança; elas não confiam, então elas não qué nem sabê daquilo. Quando vem falar daquilo, elas já dispensa, nem fala; nem qué sabê daquilo.>>

A participação e o interesse materno nas atividades do serviço são destacadas como a categoria que apresenta a maior freqüência de respostas entre os profissionais deste grupo. Observa-se uma dicotomia entre mães que participam versus mães que não participam das atividades do serviço de saúde, sendo essa dissociação observada através do interesse demonstrado por elas nas orientações e ações do serviço, reconhecido como fator importante para a saúde da criança. Afirma ainda que a participação ou a aceitação/interesse das orientações é diferencial entre as mães.

Nesta categoria a imagem negativa sobre a participação/interesse materno é marcante (vide a freqüência de respostas positivas igual a 3 e de respostas negativas igual a 6) não somente em função da análise de freqüência das respostas, mas também e principalmente pela análise qualitativa, que deixa antever uma imagem de frustração entre os profissionais, uma vez que a atividade de educação em saúde parece ser bastante valorizada entre os mesmos. Esse traço pode ser evidenciado entre profissionais de vários níveis de formação, parecendo ser uma característica ideológica do Serviço de Saúde e do grupo profissional analisado; indica ainda para um componente de ambigüidade neste grupo, conforme será discutido no final deste capítulo.

As atividades de educação em saúde são especialmente mencionadas, caracterizando o pensamento deste grupo como uma hetero-representação negativa sobre a imagem materna, conforme destacado. Afirmam os profissionais que o interesse e o envolvimento efetivo das mães nas atividades de promoção da saúde da criança, em especial nas atividades de educação em saúde, são desiguais destacando que algumas delas não se importam com os conteúdos transmitidos pelos profissionais, ou seja, questionam a credibilidade no serviço oferecido, apontando para a capacitação/segurança do profissional como elemento fundamental no estabelecimento dessa relação de confiança. Destaca-se, aqui, a auto-representação profissional (sobre a auto-imagem e papel próprio) espelhada nas representações maternas, ou seja, na

representação do outro, parecendo indicar uma consciência dos limites reais das práticas desenvolvidas.

Neste aspecto, deve-se destacar que tal questionamento aparece apenas entre os profissionais do serviço aqui analisado, não sendo referido pelos profissionais GPS. A justificativa para tal postura aparece de forma marcante nas categorias de determinação das práticas, afirmando que a estrutura pessoal materna é determinante do seu envolvimento e interesse.

<< Elas sabem o que querem. ...acho que inconscientemente, elas sabem da qualidade, elas querem a qualidade.>>

<< Então a mãe gosta de...de que realmente faça um trabalho, de que teje dando as orientações, tudo, porque senão não iria ninguém, acho que nem uma mãezinha, né, no Centro de Saúde... Mas eu acho que até tem aí essa cobrança de qualidade. Até tem, tem sim, que se é um trabalho mal feito, entendeu, elas preferem uma outra pessoa. Eu acho...Então, eu acho assim que não é só o fator de ser bem atendida ou não, entendeu? Porque além disso também influencia quem atende. Quer dizer, se for mal atendido, claro que já não vai querê vir>>

A qualidade do serviço, apesar de sua frequência pouco significativa, merece destaque nesta análise uma vez que se contrapõe ao discurso básico caracterizado pela convicção do desinteresse das mães. Ao referir-se ao assunto os profissionais afirmam que as mães buscam e exigem qualidade no serviço prestado, não aceitando a simples realização de ações mecânicas. Nesta concepção está implícita a avaliação do trabalho desenvolvido pelo profissional e a valorização deste, bem como a maior ou menor adesão aos programas.

• *Determinação das práticas maternas*

Neste grupo de categorias são abordadas as hetero-representações, ou seja, as representações elaboradas pelos profissionais sobre as determinações das práticas maternas com os filhos ou ainda os fatores que definem uma maior ou menor adesão às atividades dos serviços de saúde.

A *estrutura pessoal materna* apresenta-se como categoria que se destaca dentre as demais, não apenas no plano quantitativo, mas principalmente no qualitativo. Define a estrutura pessoal materna, entendida como o perfil de desenvolvimento materno na infância, a base emocional constituída e o autocuidado, como sendo bases estruturais que determinam as práticas maternas.

Nesta concepção, as práticas de cuidados maternos variam em função da existência de mães que tiveram um "bom desenvolvimento mental" enquanto

crianças e, portanto, cuidam bem dos seus filhos, e mães que se diferenciam pelo oposto, consideradas como "incompetentes" para o adequado exercício da maternidade.

A mesma oposição é destacada na relação estabelecida entre a "estrutura de organização interna" das mães e o perfil de saúde da criança, afirmando que a capacidade de se auto-organizar implicaria, também, na capacidade de organizar o outro e, portanto, de garantir cuidados maternos estáveis e contínuos e um perfil de saúde também adequado.

A participação e o interesse materno nas atividades que visam a promoção da saúde da criança também são vistos enquanto resultantes das condições de vida vivenciadas pela própria mãe enquanto criança, reforçando a concepção de pré-determinação afirmada nos cuidados maternos. O indicador de divisão entre as mães interessadas e as não envolvidas com as atividades do serviço de saúde é atribuído a "organização materna" baseada na aparência física como indicador das práticas e do interesse na promoção da saúde dos seus filhos.

<< Porque tem pessoas... eu acho que tiveram um mau desenvolvimento. É, tiveram um mau desenvolvimento, então tem uma outra cabeça: uma cabeça mau desenvolvida. Então não se preocupa tanto; as que tem a cabeça mais desenvolvida, porque aí não tô falando crescimento, tô falando mentalmente, são as que tem mais... elas se preocupam, elas cuidam, elas fazem. As que não têm, não ligam e não tomam conhecimento.>>

<< É, mãe mais organizada, que vem limpinha vem com a sua criança limpa também. Geralmente essas dão mais ouvido do que as que já são desleixadas.>>

<<Uma criança que a mãe é..., a própria já é bem cuidada, já tem as coisas dela organizadas, tudo, então ela vai organizar o filho dela também da forma que ela é, agora, se é uma mãe desorganizada porque não tem condição, é claro que ela vai tratar o filho dela também desorganizado porque não tem condição.>>

<<S: Eu acho que isso aí [mães que não dão atenção aos filhos] vem de ... do jeito que ela viveu, assim também, meus filhos, eu não do minha atenção pros meus filhos porque eu não tive uma atenção dos meus pais,...

E - Você acha que elas não tiveram o que que deveriam ter tido?

<<S: Atenção, cuidado, quando começaram a alimentação certa...>>

Reforçando a concepção de auto-limitação, o *nível cultural materno* também é destacado pelos profissionais deste grupo como de grande importância, não apenas para as práticas maternas, mas também como fator limitante da atuação do serviço na promoção da saúde da criança. Nível cultural é entendido aqui como característica pessoal materna e também enquanto traço populacional - "povo deseducado" - definido como educação formal, capacidade de aprendizagem, nível de informação e "acomodação".

A ausência de iniciativa e interesse associada à dificuldade de aprendizagem e ao baixo nível educacional e cultural das mães conformam a base estrutural explicativa para a determinação das práticas maternas. A dificuldade de aprendizagem associada a falta de informação materna são destacadas como os principais elementos de limitação da atuação dos serviços.

As Práticas Idealizadas

As práticas idealizadas pelos profissionais expressam um universo de valores próprios que, em certa medida, se refletem na "escolha" de comportamentos considerados como corretos, ruins ou importantes para a saúde da criança. Nessa medida, sua definição implica num julgamento, na expressão de um juízo de valor sobre os cuidados cotidianos dispensados à criança.

<< Já desde pequenininho, de recém nascido, se ele for bem alimentado, bem trata... bem cuidado, porque a criança tem que sê limpa. Depois que nasce vai tê que sê cuidado, tem que sê uma criança limpa e atendida na hora certa...>>

<<... existe a crença, que é minha também, de que a pessoa tem estrutura própria, mas essa estrutura sempre pode ser melhorada se não for muito boa... se for boa aperfeiçoada a partir das condições que essa criança for recebendo de fora dela mesma; bases familiares, condições de moradia, de higiene, de alimentação, de educação e até as condições emocionais mesmo.>>

<< Bom, realmente eu acho que uma criança prá tê isso tudo ela tem que tê uma boa alimentação. Muito... muito amor, muito carinho, muita compreensão, muita paciência, muito de tudo e tá tudo em ordem, no caso. E daí comê bem, o que é difícil... uma casa bem limpinha ou pelo menos, se não dá prá se bem limpinha, mas limpa. Uma casa limpa, uma roupa lavada, bem cuidada, bem tratada, saneamento; quer dizê um monte de tudo...>>

As representações sobre as práticas maternas desejáveis são caracterizadas pelas *práticas de cuidados físicos* enquanto categoria, aparecendo como predominante neste grupo com a maior frequência. Nesta categoria estão envolvidas as práticas de cuidados e a alimentação, abrangendo os cuidados básicos rotineiros dispensados à criança, com destaque importante para as práticas de higiene como determinantes das condições de saúde e ainda a necessidade de disponibilidade alimentar, reafirmando as características apontadas na análise das representações sobre as práticas efetivadas pelas mães.

O destaque de uma base biológica saudável como condição a partir da qual a saúde é estabelecida, de certa forma justifica a postura "preventivista" assumida pelos profissionais quando estabelecem a associação desta com

práticas de promoção de saúde, tais como vacinação, controles médicos periódicos, etc.

Ao tratar da *estrutura emocional e das práticas afetivas paternas*, os profissionais deste grupo reconhecem a necessidade de estabelecimento de vínculos e práticas afetivas entre pais e filhos. No entanto, os perfis desse tipo de relação são específicos, afirmando que a relação criança-adulto é estabelecida a partir de bases emocionais pré-existentes no adulto e da possibilidade de transformação de uma determinada estrutura inata da criança a partir dos insumos externos providos por uma estrutura familiar tradicional (pais presentes) enquanto condição para o estabelecimento dessa relação.

Convivendo com uma concepção inata do desenvolvimento mental e com uma concepção marcadamente biológica da saúde, observam-se algumas nuances de discurso que deixam antever a preocupação com o desenvolvimento social e com as oportunidades para sua efetivação, bem como as especificidades da criança e a necessidade de individualização do cuidado. Tal característica reforça o traço de ambigüidade das concepções deste grupo, uma vez que as práticas de cuidados afetivos e sociais são pouco reconhecidas quando tratam das práticas maternas. Associado a ambigüidade entre conceitos e práticas, observa-se que tais concepções em um grupo, que se caracteriza por uma visão estrutural da sociedade, parece confirmar a existência de uma contradição onde a consciência da realidade social está presente, mas suas práticas efetivas são restritas pela oposição entre consciência social e capacidade de intervenção através do seu principal instrumento: as práticas de saúde.

2.1.2. Profissionais GPS

• Práticas maternas relativas à criança

<< ... alimentação, o leite também que não pode faltar, frutas, a criança ter uma vida recreativa regular, tomar um solzinho todos os dias, ter alguma coisa que a criança possa brincar, ter contato com outras crianças, brincar um pouco com terra, areia... tudo isso ajuda bastante.>>

<< Agora é importante também a formação social dela, como é que é a casa dela, como é que é esse envolvimento da mãe com a criança, como é que é o envolvimento de quem toma conta com a criança, pra ter um desenvolvimento adequado; mas ela vai se desenvolver melhor se ela tiver uma estimulação, se ela tiver uma afetividade maior. Se ela não tiver tudo isso, ela vai se desenvolvendo mais lentamente e falta a coisa principal pro desenvolvimento, que é aquela ligação afetiva entre a pessoa que dá e a pessoa que recebe. >>

<< Depende da estimulação que a criança recebe dos pais, da família, da escola, do ambiente, do mundo enfim.>>

Pode-se diferenciar dois grandes grupos nas práticas dirigidas à criança: as práticas maternas e as práticas familiares, apresentando frequências similares na análise quantitativa.

O *sistema de cuidados à criança* assume contornos específicos no grupo de profissionais GPS, uma vez que as práticas maternas são diferenciadas em cuidados dirigidos à saúde física (ao crescimento físico) e à saúde mental (desenvolvimento psico-sócio-emocional) de forma complementar, diferenciando-se da mesma categoria no grupo anterior. Desta forma, entre as práticas de cuidados físicos mencionadas predominam as práticas alimentares e de higiene, com forte destaque das práticas alimentares como condição suficiente para a saúde física. A carência de alimentos, enquanto fator determinante dos perfis de saúde, não é destacada neste grupo de profissionais, diferenciando-se também aqui do grupo de profissionais IT.

As diferenças observadas entre este grupo de profissionais e o anterior são reforçadas ao tratar das práticas maternas dirigidas ao desenvolvimento. Tais práticas são massivamente referidas neste grupo, com predomínio do conceito de "estimulação", conceito este de tal importância que fez emergir uma grade temática autônoma no início da análise e que agora reaparece como categoria específica. "Estímulos" são entendidos como todo contato da criança com o mundo dos objetos a partir da iniciativa do adulto (relação estímulo-resposta ou relação de interação e reciprocidade) ou como conceito mais amplo que envolve os contatos sociais próximos e toda forma de interação. Esta categoria envolve, ainda, as práticas que possibilitam o estabelecimento de vínculos afetivos entre mãe e filho e, ainda, todo contexto de vida social da criança envolvendo o convívio desta com outras crianças e a participação na vida familiar.

Ao expressar a própria representação sobre a prática do outro, os profissionais utilizam conceitos já incorporados sobre o que consideram como saúde, saúde da criança, crescimento, desenvolvimento e saúde integral. Por outro lado, a observação das práticas e a decodificação do discurso materno (a partir dos quais os profissionais constroem sua representação) também passam pelo "filtro" da auto-representação sobre as próprias práticas espelhadas na ação do outro. Dessa forma, pode-se observar três concepções diferentes nos dois grupos analisados: a saúde como corpo, a saúde como corpo e mente e a saúde como cultura e sociedade. Entre os profissionais IT predominam a primeira

e a terceira (conflitando entre si); e em GPS observa-se a presença mais acentuada da segunda com alguns traços da terceira.

Desta forma, a hetero-representação profissional fala menos do outro (as mães) e mais de suas próprias concepções. A análise dos núcleos organizadores seguintes poderá confirmar ou refutar as hipóteses aqui levantadas.

<< o que dificulta é as mães que tem que trabalhar e os filhos passam o tempo todo fora. Tem mães aí que a gente vê, coitadas, que manda a criança prá casa de não sei quem e só vai pegar no fim de semana.>>

<< Que a criança numa escola ruim, a criança também fica mal educada, criança assim, muito em creches assim, também que não serve; a gente vê muito aqui, criança sempre doente. "Fica em casa?" "-Não, fica na creche.". Tá sempre doente. A criança doente, mal alimentada não vai ter isso aí: um bom crescimento, um bom desenvolvimento.>>

Ao falar dos cuidados prestados à criança os profissionais efetuam um julgamento sobre tais práticas que pode ser mais ou menos frequente na dependência das características do grupo estudado. Neste grupo, apesar de pouco frequente, a categoria de *adequação dos cuidados* apresenta contornos diferentes da mesma no grupo anterior, uma vez que não se refere a adequação dos cuidados maternos diretamente, ou seja, a oposição entre o certo e o errado, mas destaca condições sociais que predispõem a práticas que não favorecem o crescimento e o desenvolvimento infantil. Nessa medida, a culpabilização materna não aparece destacada como no grupo anterior, mas substituída por uma culpabilização social por práticas maternas não condizentes com as necessidades da criança.

A oposição entre o adequado e o inadequado é, portanto, observada mas com associações distintas daquelas referidas pelo grupo IT. Nesse grupo observa-se a presença de uma concepção unicausal de determinação das práticas, bem como indica uma contradição nos discursos IT, uma vez que a determinação social do processo saúde doença é reconhecida, conforme observado na análise do núcleo das práticas sociais, mas sua expressão no real parece não se efetivar, uma vez que ao falar do concreto vivido pelas mães as posturas assumidas se opõem a tal concepção.

<< ... quando conversa com a criança você vê se ela tá uma criança, se é uma criança assim muito agitada, se é uma criança assim normal, se é uma criança quieta demais. E aí você vai ver como que ela é tratada em casa. Se o convívio dos pais é bom ou não... >>

<< Mas a gente vê essas crianças com situação sócio-econômica muito boa e que tem problemas de distrofia; tem problemas psíquicos. Eu acho assim, ter comida não é tudo, orientação é importante pra criança dessa parte, ter um relacionamento mãe e filho, o que dificulta é as mães que tem que trabalhar e os filhos passam o tempo todo fora. >>

<< A educação? Então seria uma boa escola, a educação começa da casa também com os pais e tudo.>>

Categoria de grande destaque nos dois grupos de profissionais, apresentando uma frequência que possibilita afirmar que as *práticas familiares* foram mencionadas em quase todas as entrevistas analisadas. Refere-se aqui também a estrutura familiar como base para um bom crescimento e desenvolvimento infantil. No entanto, a família ou estrutura familiar e suas práticas são concebidas diferentemente do grupo IT. Para estes profissionais a família é vista como participante do contexto social da criança, como o núcleo de determinação micro-social das suas condições de saúde, e ainda como uma instituição social co-responsável pela educação dos filhos. Nesse sentido, o convívio criança-família é visto como importante e uma prática que deve ser estimulada e propiciada (oposição entre a transferência dos cuidados diários à criança para a creche ou a permanência da criança em casa sob os cuidados da família).

Observa-se uma postura que insere a família, juntamente com escolas e creches, num contexto educativo amplo, destacando seu papel na colocação de limites (consciência do real) e na transmissão de valores. Dentro deste contexto a família não é culpabilizada por perfis inadequados de saúde, mas inserida como elemento facilitador desses perfis. Destaca-se, ainda, uma ótica onde a família não é referida como tradicionalmente concebida, mas sim de forma ampliada incluindo avós, tios e valorizando a relação mãe-criança como fundamental na relação familiar; observa-se, portanto, uma postura menos ortodoxa com relação ao conceito de adequação familiar ou "boa família".

• *Práticas maternas relativas ao serviço de saúde*

<< A mãe tem que sentir o problema, porque não adianta você ficar aqui trabalhando assim...

Têm muitas mães que vêm aqui, você trabalha:

"A senhora tem comida?"

"Tenho comida, eu dou pro meu filho"

"Mas por que ele tá emagrecendo?"

"Ah, porque ele não come..."

A mãe não tem tempo, ela não tem paciência. Então assim, nós temos que conscientizar, porque às vezes a mãe tem comida, tem a criança e não tem aquela vontade, aquela... Ela não se conscientizou de que a criança está precisando dela naquele momento.>>

<< elas gostam e elas trazem informação e elas pedem: "Poxa, mas me orientaram assim". Quando você oferece alguma coisa ela vem e quer, pede.>>

<< Eu acho que no grupo você tem a experiência de várias mães, é um espaço onde as pessoas trocam experiências, uma aprende com a outra e a gente aprende com elas também... E ela fala pra você se você tiver um tempo pra ela. Comigo já aconteceu muitas vezes de eu fazer grupo, de ter uma mãe que queria falar coisas, que ela fica por último, embora ela seja a primeira a ser dispensada, ela fica fazendo hora, quando todas as mães vão embora, aí ela vem conversar sobre algum assunto que ela não queria discutir no meio de todo mundo. >>

<< Tem umas mães bem interessadas, ultimamente, vou dizer a verdade, com esse Pronto Atendimento, fica tudo muito tumultuado, muito atrasado. Quando chega na pós-consulta a mãe já não quer ouvir mais quase nada. Já fica uma, duas, três de pé aqui na minha frente de pé esperando só a receita para ir embora. >>

A participação e o interesse nas atividades do serviço revela-se como a categoria que apresenta a maior frequência na análise das posturas relacionadas ao serviço de saúde, podendo ser considerada como a principal. As práticas relativas ao serviço são referidas, neste grupo, tratando quase exclusivamente da relação entre mães e serviço e do interesse/participação destas nas atividades de promoção da saúde da criança.

A oposição entre concepções positivas e negativas quanto a participação nas atividades do serviço também é evidenciada aqui; no entanto, as frequências das duas posturas são reveladoras: positivas igual a 8; negativas igual a 2. Contrariamente ao observado entre os profissionais IT, este grupo valoriza e reconhece a participação materna e a relação de troca de saberes dela decorrente. Afirmam, ainda, que as mães são participantes quando os profissionais são continentes para as suas necessidades. A falta de participação ou desinteresse é atribuída a questões contingenciais do serviço e não às mães.

Conforme pode ser observado nos exemplos mencionados, a heterorepresentação profissional sobre as práticas maternas espelha a autorepresentação, ou seja, as próprias práticas. Observa-se, nesta análise, uma postura crítica dos profissionais quanto as suas práticas e seus efeitos nas respostas maternas.

• Determinação das práticas maternas

<< Pensando do ponto de vista psicológico, a atitude com que a família vai interagir com essa criança, ela pode tanto ajudar o desenvolvimento, pra que essa criança tenha um desenvolvimento melhor, como pode prejudicar.>>

<< Tem uma mãe aqui, que a gente nota que é isso mesmo, sabe. Que ela tem problema em casa, então ela traz a criança quase todo dia aqui, que tá doente, tem hora que fala que tá com febre, tem hora que tá com diarreia, outra hora diz que tá com não sei o que, mas na realidade a criança não tem nada. É ela que é problemática. >>

<< ...se você tá preparando o indivíduo e o indivíduo não vive sem ser em sociedade é lógico que você tá..., você tá interferindo na sociedade por ele, dependendo do estímulo que ele tem, e você também tá..., como ele é um ser social, ele também vai tar sofrendo todas as influências do meio social que ele tem. Começando pela família que é a primeira celulinha aí, vindo até os próprios Centro de Saúde ... >>

O convívio familiar, os relacionamentos interpessoais na família e a segurança de uma família estável são destacados como elementos também participantes da rede de determinações das práticas maternas, conforme apontado anteriormente. Neste grupo, a categoria explicativa *estrutura familiar* assume importância especial, uma vez que é uma concepção de determinação quase única mencionada pelos profissionais.

Nesta abordagem a estrutura familiar é reconhecida como a primeira célula social da criança e como co-determinante das práticas maternas, porém tal determinação parece não se expressar apenas de forma direta nos diferentes perfis de saúde, mas também através de uma certa forma de "desestruturação" materna impossibilitando o pleno exercício da maternidade e os cuidados de saúde. Uma outra faceta importante destacada é a transferência da responsabilização materna/familiar pela saúde da criança para o serviço, quando a mãe não recebe apoio e segurança familiar para o exercício do seu papel.

<< Socialmente é tudo, né? É a consciência acho que em casa com os pais, fora né, na escola.>>

<<Não adianta você ter uma criança muito sadia e de repente socialmente ela é uma criança que não tem jeito de ter uma alimentação adequada, você não tem condições de dar um ensino pra ela, adequado, ou mesmo o nível de saúde adequado. Isso é importante a gente estar pensando porque a gente pode ter uma criança sadia, tudo bem, e de repente você, no atendimento que você teria que dar na parte de saúde, não estar sendo adequado>>

A *responsabilização social*, neste grupo, expressa-se através do meio micro-social próximo à criança e não através da estrutura de classes sociais (ou macro-social), nem pela culpabilização pessoal, reforçando a análise efetuada no núcleo das práticas sociais. No entanto, a questão destacada naquele núcleo, quanto ao significado do contexto micro-social na determinação das práticas, reaparece nesta categoria. O reconhecimento da relação estabelecida entre o universo cotidiano da criança e seu significado como expressão da sociedade

mais ampla não é clara para a maioria dos profissionais; o estabelecimento dessa relação é tênue e quantitativamente pouco expressivo, indicando que as representações sobre a determinação social da saúde da criança são apenas parcialmente reconhecidas, limitada pela visualização da causalidade direta centrada em aspectos do contexto micro-social.

♦ *As práticas idealizadas*

As *práticas de estimulação* apresentam destaque especial quando os profissionais se referem ao universo idealizado, sendo categoria predominante revelada na análise quantitativa, reafirmando a importância do conceito neste grupo profissional, uma vez que o mesmo também teve destaque nas representações sobre as práticas maternas efetivadas. Esta categoria é aqui entendida como condição fundamental para o desenvolvimento motor, emocional e social da criança, não se confundindo com os cuidados físicos; são elementos constitutivos da mesma o conjunto de interações criança-adulto e criança-objeto, enquanto caminho para o desenvolvimento de habilidades sociais, sensoriais e afetivas.

Caracteriza-se, ainda, por uma abordagem ampla, estabelecendo a integração de características motoras, cognitivas, afetivas e sociais que, para serem desenvolvidas, necessitam de práticas de estimulação. A relação direta entre estímulo-resposta aparece expressa, mas não de forma reducionista; nesta concepção todo o "entorno" da criança é traduzido como "estimulação" e o adulto é responsabilizado por ações que organizem esse espaço, bem como pelo reconhecimento e auto-adequação às necessidades diferenciais das crianças em cada período da vida.

Observa-se, ainda, a afirmação da existência de uma "potencialidade" de cada criança que pode ou não ser desenvolvida indicando, portanto, um certo caráter inato no desenvolvimento infantil.

Corroborando com a análise das práticas sociais, as *condições materiais de existência* como base necessária para assegurar bons níveis de saúde, apesar de reconhecidas, não apresentam destaque. As associações efetuadas mencionam condições adequadas de moradia, disponibilidade de espaço físico, disponibilidade financeira para assegurar a alimentação, no entanto, não

expressam uma concepção de determinação envolvendo a estrutura de classes, observação esta que reafirma as hipóteses anteriores sobre o caráter micro-social das concepções envolvidas.

2.2. Representações Maternas

O grupo de mães apresenta, particularmente, uma categoria cujos contornos são similares nos dois serviços e para a qual a análise é apresentada abaixo.

• Auto-imagem e papel materno

<<Eu acho que meu instinto materno também fala muito, eu acho que esse... não sei, parece que a gente que é mãe a gente sente, tem uma coisa assim diferente...>>

<<...a mãe tem aquele sentido diferente que ela percebe se chorou de fome, se chorou com manha, se quer mais, quer brincar e quer companhia, essas coisas assim, olha gente é uma coisa de Deus...>>

<<... eu protejo, eu ensino, eu ajudo nas dificuldades, mas eu também tenho aquele... aquele senso que toda mãe teria e até mesmo um animal, você vê: se chegá perto de um... de um pintinho, a galinha te avança. A gente também. Se chegá perto, se tentá algum sinal de violência com teu filho você já olha de lado e sai de perto.>>

<<...porque uma mãe curiosa, qualquer mãe percebe quando seu filho vai ficando ranzinza, molenga. Se ele é um menino esperto e começa a ficar molenga, parado, resmungá, alguma coisa ele tem...>>

<<...eu criei os meus fio assim: eu tinha um carinho assim de tudo até um ano, dois ano. Quando ia puxando as... 'tão eu ia me distançando, que pra aquele não senti a chegada do outro. Eu toda vida controlei isso assim... parece até sê mentira isso aí mais fio meu nunca senti a chegada de olo. De jeito nenhum! Eu sei... ia me distanciando assim, ia entregando eles p'os olos meninos, p'as ota menina, ponhava p'á drumi junto com as ota menina pá eles í procurando o carinho delas também.>>

<<Eu... eu cumpanhei meus fio. Ou bom ou ruim, ou trabalhando, aos trancos e barranco eu cumpanhei, graças a Deus. E até hoje eu tô cumpanhando...>>

<<Então eu acho que co'a minha ajuda ele pode... sei lá, tô uma saída de se desenvolvê. Brinco de bola, levo prá rua, fico de olho nele, deixo ele brincá com as outras criança.>>

<<Eu sô daquele tipo assim: eu acho que tudo começa dentro de casa. Você um... um... uma coisa que você acha certo, você começa a fazê dentro de casa.>>

<<... eu não pego assim, não sento e converso com ele, ensino ele. Tem vez que eu pego e faço alguns rabiscos prá ele pintá, ele mesmo faz, mais acho que se tivesse alguém assim prá fazê prá ele todo dia assim, tivesse o tipo de uma escolinha, acho que ele... Nossa, ele é tão inteligente!>>

Destacada como categoria analítica central, a *auto-imagem e o papel materno* revelam a auto-representação das entrevistadas sobre “o que são e como agem” no desempenho do seu papel. Seus contornos são similares nos dois serviços estudados possibilitando uma análise conjunta.

Esta categoria revela-se como de fundamental importância para a compreensão das representações maternas, uma vez que o “*sentir-se competente e responsável pela saúde da criança*” traz consigo implicações para as práticas. Observa-se no grupo de mães IT a afirmação de um conhecimento materno específico, subjetivo na maioria das vezes, e associado ao desempenho do papel materno. A construção desse “conhecimento vivencial” é associada a sensibilidade desenvolvida pelas mães no cuidado dos filhos, ou seja, algo quase “natural”, como uma capacidade específica das mulheres que pode ser desenvolvida a partir do estabelecimento de laços afetivos entre mãe e filho.

O reconhecimento da existência de um conhecimento específico associado a situação da maternidade pode resultar em um sentimento de confiança que funciona como suporte ou legitimação das tomadas de decisão pelas próprias mães. Observa-se, ao contrário, que a partir da auto-afirmação de incapacidade ou limitação do próprio saber, deriva a certeza da incompetência e a imobilidade. Quando observado, a auto-imagem associada a incompetência, ao não saber ou ao pouco saber tem como consequência “o não cuidar”, ou não se responsabilizar pelo cuidado; a força motriz que impulsiona as práticas maternas nessas situações está comprometida, de um lado pelo sentimento de impotência, e de outro pela atribuição a outro (que mais sabe) a tarefa de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Observa-se a expressiva presença, quantitativa e qualitativa da auto-atribuição de conhecimento nos dois grupos; no entanto, no grupo IT está também presente a negação da contribuição materna para o desenvolvimento infantil e para os cuidados básicos, resultando na delegação a um outro ou à instituições a responsabilidade de interagir com a criança de uma forma estimuladora.

Os contornos do pensamento materno são marcados pelo reconhecimento de saberes múltiplos conferidos pela situação de maternidade, saber cuidar física e emocionalmente, saber educar e colocar limites, saber identificar situações de risco físico e mental, e principalmente o saber transmitir os valores próprios da cultura. Esses saberes expressam-se na delimitação do papel

materno, caracterizando-o como de "socialização" da criança. Observa-se, ainda, o reconhecimento de uma dada autonomia conferida por múltiplas gestações e por experiências acumuladas e introjetadas no cuidar de crianças.

Finalmente, destaca-se que o exercício maior ou menor de oposição/resistência, ou do poder de crítica sobre o conhecimento técnico-profissional aparece também associado a crença maior ou menor no próprio conhecimento, ou seja, no reconhecimento de um poder próprio que pode se opor a uma outra instância de saber.

Apresentando contornos e linguagem próprios, o conhecimento materno deve ser destacado uma vez que se observa uma relação de determinação entre a auto-atribuição do mesmo e o maior ou menor investimento nas práticas de cuidados, conforme será discutido a seguir.

2.2.1 Mães IT

• Sistema de Cuidados Maternos

<<uma criança que a mãe não cuida eles... eles são um típico d'uma criança doente, agora uma criança que a mãe pega, cuida direitinho eles crescem, não é remédio que vai fazê eles crescerem não.>>

Práticas de socialização

<<...às vezes a criança que brinca e a gente não deixa, a criança que comê alguma coisa e não deixa naquela hora que vai prepará depois, mais tarde. Então, em partes a gente ajuda e em outras a gente atrapalha, e tem hora que ela que dormi e se a gente deixá dormi naquela hora, mais tarde ela vai ficar acordada até muito tarde.>>

<<...a gente que fazê do jeito que a gente acha melhor prá criança, que é acostumá ela na maneira certa, mas a criança nunca que sê assim na maneira certinha, ela que sempre sê ao contrário.>>

<<...eu procuro ajudá eles no que eles precisa e se ele que... que nem esse dia ele falou: "mãe, eu quero aprendê a fazê uma lição" eu fui, ensinei ele. Ele fala assim: "mãe, eu quero aquilo ali, mas eu não sei o que que é". Então eu vô procurá sabê o que que é aquilo ali que ele que prá mim podê dá prá ele.>>

A categoria *Sistema de Cuidados Maternos* é constituída em função dos contornos próprios do discurso materno onde os cuidados dispensados à criança não possibilitam uma segmentação maior sem prejuízo de definição dos seus contornos específicos.

Nesta categoria incluem-se todas as formas de "cuidados maternos", higiene, alimentação, estimulação motora, cognitiva e afetiva, práticas de cuidados afetivos e sociais, bem como todas as formas reconhecidas pelas mães como necessárias para o desenvolvimento (físico, emocional e social) dos filhos. Incluem-se, igualmente, as "percepções maternas", sensações e atos associados ao "ser mãe" ou ao momento do exercício da maternidade.

No grupo analisado, os contornos desta categoria são específicos e diferentes do grupo GPS. No sistema de cuidados maternos deste grupo são destacadas as *práticas educativas* associadas a transmissão de valores próprios a cultura vivenciada, portanto, ao processo de socialização infantil, e as *práticas afetivas* associadas a não agressão, portanto, aos valores assumidos no processo de socialização.

Dentre as práticas educativas mencionadas, a colocação de limites, ou melhor, a definição e expressão do que é considerado "certo e errado" para a cultura vivenciada pela família e pela criança são elementos que definem uma parte significativa das preocupações maternas, e também das suas práticas. Essa oposição está associada a elementos da cultura urbano-industrial, por um lado, e também as características da cultura das regiões de origem das famílias, ou seja, da região nordestina neste grupo.

Os elementos definidos acima como participantes do "sistema de cuidados maternos" revelam uma determinada visão de mundo expressa pela mães, visão essa caracterizada pela oposição entre o bem e o mal, o certo e o errado, e ainda pela necessidade de "considerar/compartilhar" dois universos diferentes de valores. Um exemplo dessa afirmação é a contradição explicitada no discurso sobre as práticas agressivas ou sobre o que é considerado como agressão. Por um lado, as entrevistadas expressam como práticas adequadas a não agressão física ou psicológica da criança, por outro expressam uma preocupação marcante com os efeitos da agressão física "moderada" no futuro infantil e deixam antever implicitamente que a agressão pode estar associada ao estabelecimento de limites (estratégia educativa).

<<Eu acho que batê atrapalha, mas na hora que a gente tá nervosa, a gente pega e bate. Sei lá, uns tapinha assim, com amor.>>

Por outro lado, as concepções maternas são marcadas pelo destaque às práticas afetivas enquanto instrumento e base para o desenvolvimento infantil, associando-a a formação da base estrutural da personalidade e da vida

psíquica, ou conforme referido pelas entrevistadas, da "mentalidade" da criança. A valorização das práticas afetivas coloca a oposição e o conflito entre o "amar e o agredir", ou educar, revelando momentos diferentes de incorporação dos valores urbanos na população estudada.

<<Você tem que amá seu filho de coração e sabê perdoá, porque senão você não vai podê se dá bem com ele. Se você fô só ficando nervosa, só vendo defeito nele, você vai ficá só irritada, talvez vai terminá tomando raiva do teu próprio filho, achando que ele é uma pessoa muito ruim, sem tê o que merecê...>>

<<Se eu fô vê o que ele faz aí eu não tô amando ele... não tô dando o carinho que ele precisa. Tem que dá carinho todo momento. Eu que sô mãe tenho... porque se eu que sô mãe não se dé bem com meu fio, os outro não vai se dá. Acho que eu tenho que tá com ele em qualquer ocasião.>>

• Práticas familiares

As *práticas familiares* são analisadas enquanto a participação/contribuição dos elementos unidos por laços de parentesco e também enquanto as práticas paternas para a promoção da saúde da criança. Neste grupo os discursos enunciados referem-se principalmente à figura paterna e suas práticas no cotidiano da criança. Pode-se observar três perfis representacionais: o pai participante, o pai enquanto figura responsável pela colocação de limites e o pai ausente.

A figura paterna é responsabilizada pelas práticas de educação efetivadas através da colocação de limites para a criança, portanto pela sua socialização. Tais práticas de socialização são operadas a partir de métodos agressivos ou de convencimento, dois métodos que aparecem neste grupo.

O pai participante é definido como aquele que *<<...se dá melhor que eu ainda. Ele tem um carinho, acho que mais carinho por ela do que a gente porque ele já fica mais longe, trabalha fora>>*. Essa figura paterna é definida por oposição a um outro perfil, aquele onde o pai se responsabiliza pela colocação de limites utilizando métodos onde a agressão física é estratégia habitualmente utilizada, e ainda tais estratégias objetivam a reprodução dos valores próprios à cultura do grupo social do qual participam.

<<.. ele é mais... já bate, já dá uns tapa, não machuca, mas... Mas de vez em quando ele dá uns tapa nos moleque; nas menina ele já não bate porque diz que menina a gente tem que criá com mais, com mais carinho do que os menino, porque homem tem que sê tratado mais rígido porque eles são mais durão... Já de pequeno, já qué sê machão desde pequeno. E as meninas não, não precisa levá nem um tapa assim.>>

O terceiro perfil destacado neste grupo de mães refere-se ao pai enquanto não participante das práticas educativas, ocupando um espaço específico enquanto mantenedor da família, mas sem um papel próprio na socialização dos filhos.

<<...devido o serviço dele que trabalha o dia inteiro na rua, então acho que ele já escuta barulho o dia inteiro, barulho de caminhão, barulho de muita gente no pé d'ovido dele, então quando ele chega em casa ele liga a televisão e não qué barulho. Então o menino não pode abrí a boca que ele fala "fica queto, pára de barulho". Então ele... acho que não deixa muita liberdade prá criança dentro de casa, mas tamém isso é só de noite quando ele chega. Assim, otro negócio que ele não gosta tamém é levá passé... eu que tenho que pegá e levá assim de domingo, eu chamo ele prá í, não, diz que não gosta>>

Os tipos paternos acima destacados traduzem os perfis representacionais dos casais, uma vez que tais práticas são, em geral, consentidas e justificadas pelas mulheres. Outro aspecto que merece destaque é que tal tipologia pode ser observada no conjunto das famílias estudadas e, de certa forma, resumem o universo representacional de tais famílias nas práticas de socialização infantil.

• Atribuição de conhecimento sobre as práticas de cuidados maternos

A partir da constatação de uma maior ou menor segurança atribuída ao próprio conhecimento, as mães entrevistadas estabelecem uma hierarquia entre os "loci" onde reconhecem e atribuem poder sobre o conhecimento e por derivação, a quem atribuem a tarefa de interferir e orientar suas práticas, tratando-se, portanto, aqui de um poder consentido.

Observa-se, neste grupo, a presença da seguinte composição:

- 1- conhecimento reconhecido na equipe de enfermagem e nos médicos da UBS
- 2- conhecimento reconhecido na próprias experiência e em literatura
- 3- conhecimento reconhecido em familiares e amigos
- 4- conhecimento reconhecido em instituições sociais - escola, igreja e estado
- 5- conhecimento reconhecido em outras mães

Destaca-se, neste grupo, o reconhecimento do próprio conhecimento e a busca de orientação nos serviços de saúde, não implicando em, porém essa busca subordinação dos valores maternos aos valores técnicos. Conforme já discutido, o conflito entre o conhecimento vivencial acumulado pelas mães e a escala de valores retraduzida pelos profissionais não se dá, algumas vezes, de forma simples conforme observado neste serviço. Os profissionais retraduzem

para a população valores que não são aqueles da cultura de origem da mesma, uma vez que são oriundos de valores de classes sociais distintas.

Observa-se no discurso materno a constatação desse conflito, ao afirmarem:

<... eu fui lá no Posto que ela tava doente, eu passei lá c'o médico e ele falou assim que não era prá mim dá mais que três mamadeira prá ela por dia; que era prá mim dá uma de manhã, uma meio dia e uma prá ela durmí, porque ela tava muito gorda, que ela não podia comê tanta coisa assim, que não era prá mim dá mais nada, que era só o leite puro. Eu acho que isso não é uma orientação prá um tratamento prá uma criança, porque fazê uma criança passá fome... porque três mamadeira de leite puro não é bom prá uma criança, não é uma orientação que o médico dá prá uma mãe dá pro seu filho...>>

No grupo aqui analisado, ao reconhecerem o saber técnico, as mães não anulam seu próprio conhecimento e suas vivências; ao contrário, reconhecem a própria experiência e se opõem ao saber técnico quando esses conflitam com os seus. Essa valorização do saber vivencial se estende às outras mães na busca de orientação, através da valorização "das pessoas que têm mais experiência", enquanto agentes de orientação. Pode-se observar a auto e hetero definição do conhecimento desses agentes nas afirmações abaixo:

<...a orientação prá criação dos filhos, prá cuidá, o sintoma que tem a criança, ou que tá doente ou que tá pá adoecê ou qualquer coisa assim que eu tô sentindo que a criança tá sentindo, tá tendo aquele problema, eu já... eu já encaminho elas. Eu sô quem encaminho elas: é pá médico, é pá cuidá dum chá, é pá fazê o que elas tem que fazê co'a criança.>>

<...acho que nem precisava sê uma profissional realmente, tinha que sê uma pessoa que tivesse uma categoria de podê passá aquilo de bom que ela sente, aquilo que ela pode explicá prá gente... que ela passe aquilo de bom que ela já sentiu. Aí você sente, você grava na mente.>>

A característica representacional destacada faz emergir uma posição específica no exercício da violência simbólica diferente daquela expressa pelos profissionais. Ao reconhecerem seu próprio conhecimento as entrevistadas, de uma certa forma, afirmam que não se submetem ao saber técnico-profissional, mas sim que buscam ampliar seu conhecimento através dele. Assim, a oposição entre as representações profissionais e as maternas se estabelece intrinsecamente de forma conflitante, ou seja, para os profissionais as experiências maternas não são valorizadas e as mães são vistas enquanto "pessoas sem informação"; para as mães, a verdade definida pelos profissionais nem sempre é reconhecida enquanto tal, valendo-se do crivo da sua própria experiência para o julgamento dessas condutas. Dessa forma, o saber profissional, em particular o saber médico, funciona como um elemento confirmador de algo que as mães já supunham, ou seja, as mães buscam a legitimidade do seu conhecimento no saber técnico-profissional, conforme pode ser observado abaixo:

<<...acho que a gente percebe conforme você leva no médico, que mede, primeiramente pelo olho você olha, mas você tem dúvida. Será que tá crescendo, será que não tá? Então, conforme você leva, você pesa, aí você tira a certeza, se eles tão se desenvolvendo ou não. Você tira a dúvida, fica mais tranqüila. Então isso que eu faço: levo sempre meus filhos no médico, peso e peço às vez prá fazê exame e tudo. Quando o médico não... eu vejo que não pede, conforme a minha preocupação, eu peço pro médico, se não tá precisando, se não vai precisá fazê algum exame...>>

<<Se você tá vivendo com a criança, você tá acompanhando... O médico, ele é o pedriata, ele tá acompanhando aquela criança de mês em mês, ele num tá drumindo com ela, ele não tá dando amamentação a ela, ele não tá dando a cumida prá ela, ele não tá dando a quantidade que ele tem de cumê ou rejeitá, ele não tá vendo o que aquela criança tá rejeitando, ele tá aprendendo com a mãe. Agora, a mãe vai lá prá vê se é verdade aquilo, entendeu? ...conferi pá vê das duas quais são a posiliva e a negativa, praque se você estuda, você tá na letra, você não tá na vivença.>>

♦ As práticas idealizadas

<< ...acho que em primeiro lugá alimentação na hora certa, o banho na hora certa, o remédio na hora certa. Bom, esses cuidado trocá, é a vacina, é levá no médico sempre prá vê como é que tá. Eu acho que vai ajudá, tudo isso ajuda prá criança podê... conforme as vacina ajuda a crescê, a vitamina passada pelo médico certo vai ajudá a crescê, não é você pegá e dá remédio à-toa sem sabê o que tá fazendo. É você não deixá a criança nem à vontade, nem preso demais prá num ficá uma criança revoltada...>>

Práticas de educação

<<...principalmente quando a mãe tem condição de... de ajudá esse desenvolvimento dela, porque também vai da procedência da família também prá ajudá o filho desenvolvê, a mãe também ajudá esse filho desenvolvê. Quando ela é uma mãe que ela pode... que ela tem condição de ajudá ele também, porque eu memo, dos oito dos que nasceram aqui em São Paulo, eles se desenvolveram porque eu... eu era uma mãe que ajudava muito meus filho...>>

Limites paternos na educação dos filhos

<< Meus filhos não tão tão bem, mas prá condição de fraco (pobre) tão. Que tem gente que tem mais condições de dá um, sei lá, de dá uma boa educação pros seus filhos, tem muito mais outros melos, mas nem todo mundo tem...>>

Merece atenção especial, neste núcleo, inicialmente a categoria de *Cuidados Físicos*, destacando as práticas de alimentação e a disponibilidade de alimentos como determinantes e necessárias para a garantia de um perfil adequado de crescimento e de desenvolvimento. Dentre os cuidados físicos citados, a higiene é destacada como causa de patologias que comprometem a saúde integral.

Igualmente importante apresenta-se a categoria de cuidados psico-emocionais, com destaque especial para as *práticas educativas* e para os *relacionamentos interpessoais* como base para o desenvolvimento de laços afetivos intra-familiares e também para a socialização da criança. As práticas

educativas são entendidas como a transmissão de valores e enquanto a possibilidade de contribuir para o "crescimento da mente" dos filhos; aparece aqui assumida também a possibilidade diferencial que os pais têm de contribuir para tal tarefa, uma postura associada a "competências" diferenciais. Os relacionamentos interpessoais definem-se, por sua vez, a partir da maior presença ou ausência do pai e também a partir do grau de "liberdade" dado aos filhos durante o processo educativo, ou seja, a possibilidade oferecida à criança de ampliar seus limites a partir dos cuidados maternos iniciais.

<< ...eu acho que criança tem que brincá, tê espaço prá brincá, tê uma comida assim com bastante... como que se fala? bastante vitamina e criança se alimentá direito, assim não andá muito sujo, sei lá, tê bastante liberdade prá brincá, prá num... num ficá muito agredido.>>

<< ...muita compreensão dos pais para com ela. Faz uma coisa e a gente... sem repreensão assim de batê...>>

Uma questão que merece destaque, uma vez que se apresenta como pano de fundo para algumas das categorias assinaladas, é a agressão a criança e/ou a agressão dentro do grupo familiar. Apesar de não referida de forma explícita ou aplicada, a violência aparece associada a expressões como "não cuidar bem", portanto agredir; "não respeitar", "não compreender as características da criança", até menções a agressão física propriamente dita, tais como, "não bater", "não castigar". A temática da agressão é referida em oposição a uma prática esperada, em geral em oposição a práticas de cuidados físicos e/ou afetivos, ou seja, cuidar bem e com afeto significa não agredir. Outra temática associada a agressão são os conflitos entre os pais, pouco reconhecidos neste grupo mas bastante valorizados no grupo GPS. A temática da violência implícita no cotidiano aparece expressa de forma marcante neste grupo, citando inclusive perfis de crianças mau tratadas, parecendo apontar para uma realidade presente no cotidiano dessas mulheres.

2.2.2 Mães GPS

• Sistema de Cuidados Maternos

<<...chamar a atenção dela, levar para passear, bom aí eu acho que tem um monte de coisa, tomar sol, essas coisas assim, enfim ela aprender realmente o que que é vida e vê se ela se adapta bem.>>

<<...o pessoal ficava falando, mas como pode seus filhos anda tão rápido? E a minha cunhada falava assim: "Você é tão relaxada, você é tão largada e os seus filhos andam tão rápido". É, talvez seja por isso, porque eu não fico paparicando, aqui não pode, ali não pode, não deixo sujar, eu deixo ficar a vontade...>>

<<...depende de carinho, de amor, porque é lógico que ele, eu acho assim, que ele não vai me dá uma coisa que ele não sente, então ele tem que receber primeiro.>>

As representações maternas neste grupo são caracterizadas por apresentar uma concepção de "cuidados" que integra, num mesmo conceito, os cuidados físicos, a forma de executá-los (postura e práticas afetivas) e o reconhecimento das necessidades da criança. "Práticas de Cuidados", portanto, representa todo o sistema de maternagem retraduzido nas práticas maternas que neste grupo é referido de forma equilibrada.

A característica básica deste sistema apresenta-se definida pela percepção materna das necessidades da criança, ou seja, essas mães cuidam dos seus filhos a partir do que sentem e observam na sua evolução física e mental. O cuidar é definido pelas "práticas de liberdade", ou seja, as práticas de educação são vistas enquanto elemento complementar do "deixar fazer" e do "estimular para". As mães reconhecem seu papel através das práticas de estimulação, enquanto conceito que envolve o criar e o permitir a exploração de situações novas e deste modo, ampliar os conhecimentos de si próprio e do mundo.

Portanto, as concepções subjacentes as práticas parecem aproximar-se, de modo mais claro do que no grupo anterior, das concepções científicas e também das concepções dos profissionais do serviço ao qual estão vinculadas. Esta aproximação pode ser exemplificada na distinção efetuada entre estado nutricional e desenvolvimento cognitivo e também no aparecimento equitativo das práticas de cuidados físicos, emocionais e sociais, referidas sem predomínio de umas sobre as outras.

As práticas educativas, por sua vez, são também associadas à transmissão de valores próprios à cultura familiar, conforme pode ser observado abaixo:

<<...parece que já vai criando um tipo de juízo, porque eles não sabe de nada, é a convivência que vai fazendo eles entendê, a gente mesmo que vai transmitindo isso pra eles.>>

• Práticas familiares

Esta categoria é referida com elevada frequência neste grupo, confirmando o perfil representacional delineado entre os profissionais GPS ao falarem sobre as práticas maternas e familiares, com destaque significativo para as últimas em relação ao grupo IT.

As práticas familiares são concebidas de forma positiva, definindo um espaço importante de participação desta na formação da criança. Nesta

concepção, a família é vista enquanto rede de suporte afetivo para a criança, onde seu principal papel é o de transmitir segurança e valores para a criança. A rede familiar, portanto, possibilita à criança a segurança do convívio harmonioso e de estar sendo cuidada.

Observa-se que a manutenção dos vínculos familiares é vista como importante e desejável para o desenvolvimento da criança.

<<... é que aí acho que ela vai sentir segurança, ela vê que tem muita gente ao lado dela que tá interessada realmente nela.>>

<<...o ambiente familiar é o mais importante, que é o primeiro contato da criança, então se o ambiente é muito tenso e irregular, sei lá, a dinâmica de cada família não é muito boa, isso aí eu acho que interfere>>

<<...a criança sente isso também [a família não se dar bem], então se os avós tão sempre perto, visita, a criança aprende a ser amável, amar também, isso é importante, a família se dar bem, a criança cresce naquele ambiente bom, e também quando eu tenho minhas dificuldades, no caso financeiras, se minha mãe puder ajudar ela ajuda>>

O perfil das práticas paternas é referido segundo a mesma tipologia desenhada no grupo IT, no entanto, observa-se apenas o aparecimento dos dois primeiros, quais sejam, o pai participante e o pai enquanto o responsável pelo estabelecimento de limites.

No primeiro tipo, as funções paternas não se distinguem de modo importante das maternas, o pai é visto enquanto ser afetivo, participante das conquistas da criança e elemento motivador destas. No segundo, as funções paternas são associadas principalmente ao estabelecimento de limites, utilizando para isto também a agressão física como estratégia educativa. Nos dois tipos citados observa-se, de certa forma, a concordância materna com as condutas paternas e, portanto, um perfil representacional não conflitivo ou pouco conflitivo. Os valores incorporados pela família são consensuais nos perfis aqui destacados, divergindo apenas nas formas de socialização utilizadas.

<<Olha o que um faz pra ela o outro faz, é a mesma coisa. Se ele tá em casa, ele brinca com ela, conversa, brinca de esconde-esconde, põe ela no braço, sai pra passeá, vai na pracinha, começa a mostrá as coisas pra ela, explicando o quê é que é, ela vai prestando atenção. Fim de semana é dele!>>

<<...ele tem menos paciência que eu. Eu não sei se é porque eu fico mais tempo, a gente vai tentando leva as coisas... Mas ele é assim, vai falando, falando mas tem hora também que não fala mais... eu acho que criança não é um saco de pancada mas tem que leva umas também. Não é pra bate de espanca, tem que sabê a hora do carinho, a hora do amor...>>

<<Então eu acho que ele já se conscientizou disso, então ele só toma atitude assim, em momentos drásticos, por exemplo quando eu não aguento mais as crianças, quando eles me desrespeitam, ou que eu perco o controle.. O pai deles já não é muito de falá, é mais de batê.>>

• *Atribuição de conhecimento sobre as práticas de cuidados maternos*

Conforme pode ser observado na hierarquia estabelecida entre os "loci" de conhecimento, a configuração desta categoria apresenta contornos diferentes daquela observada no grupo IT.

- 1- conhecimento reconhecido entre médicos (com destaque), psicólogos e nutricionista da UBS
- 2- conhecimento reconhecido em familiares e entre amigos
- 3- conhecimento reconhecido na própria experiência e em bibliografias
- 4- conhecimento reconhecido em outras mães

Observa-se, inicialmente, que a variabilidade nas respostas foi pequena, revelando posições quase consensuais que destacam dois pólos reconhecidos de conhecimento: o conhecimento vivencial de parentes, amigos e vizinhos; e o conhecimento técnico-profissional da UBS.

Nota-se também a valorização da própria experiência; no entanto, tal valorização não se dá pela oposição ao saber técnico e sim pela relação de complementaridade e não conflito. O que parece configurar-se aqui é uma maior proximidade entre os universos culturais e sociais dos profissionais e das mães; seguramente participam de culturas mais próximas do que o observado em IT.

As relações sociais também aparecem destacadas, conforme sugerido acima. O universo das relações com familiares, vizinhos e amigos aparece referido como sendo "loci" de onde emanam informações, conselhos e esclarecimentos para as mães; a valorização desse conjunto de conhecimentos está diretamente associada à confiança depositada nos indivíduos e ao conteúdo afetivo desses relacionamentos. Tal constatação faz emergir o papel da solidariedade e da confiança quando o tema é o cuidado com os filhos.

<<... só mãe mesmo pra compreender, que eu acho que pessoa igual a mãe, a pessoa que cria, a gente sente, a gente mesmo no dia a dia, a gente vai percebendo que eles tão mudando, ah! fisicamente, também o rosto deles vão mudando, a inteligência deles vão desenvolvendo, a gente percebe sim, não sei se porque a gente é mãe...>>

<<Normalmente a minha mãe me ajuda bastante, ela já três, e primas que também já são mães, já teve as crianças um pouquinho maior... então se surge alguma coisa sempre eu pergunto, me informo com ela. Elas naquilo que pode me ajuda, orienta e também no serviço, tenho colegas que tem bastante filhos, então qualquer coisa que aparece... qualquer coisa eu vou no médico prá resolver alguma dúvida, pergunto prá ele, e assim que eu vou fazendo.>>

♦ Práticas Idealizadas

O grupo de mães GPS distingue-se do anterior nas práticas idealizadas pelo expressivo destaque da categoria de *cuidados psico-emocionais*, onde os aspectos valorizados são as *práticas de educação* e o *relacionamento interpessoal* associado as *condições materiais de vida e de moradia*, por um lado e como substrato comum aparece a *estrutura emocional dos pais*.

Ao falar da saúde da criança, essas mães abordam principalmente o desenvolvimento infantil, deixando para um segundo plano os cuidados físicos e a alimentação. A preocupação é centrada nas práticas de educação desenvolvidas pelos pais, ou seja, na transmissão de valores e de determinados "conteúdos de conhecimentos", bem como no estímulo ao desenvolvimento de potencialidades através da liberdade de ação e da participação da criança nas atividades domésticas. Observa-se a associação das dificuldades para o atendimento dessas necessidades ao espaço físico disponível, uma vez que tais mães residem numa região onde a questão habitacional é precária.

As mães aqui analisadas destacam de forma marcante sua participação e responsabilização para com a saúde da criança pensada de forma integral, ou seja, o físico é importante como substrato para o desenvolvimento integral do indivíduo. Essa clareza conceitual não aparece no grupo IT.

A *estrutura emocional dos pais* é o segundo aspecto que merece destaque neste grupo, uma vez que a concepção de tal estrutura está associada ao maior ou menor grau de conflito intra-familiar. Conforme destacado anteriormente, essa temática é associada a agressão infantil, ou seja, os conflitos conjugais são retraduzidos como agressões à criança e à sua saúde. Portanto, a concepção de agressão neste grupo reveste-se muito mais de um perfil psicológico do que propriamente físico ou atrelado às más condições de vida, conforme observado no grupo IT.

3. As práticas profissionais na saúde da criança

A caracterização das práticas profissionais é efetuada a partir das representações construídas pelos entrevistados sobre as próprias práticas, sobre as práticas dos outros profissionais que atuam nos Programas de Saúde da Criança das UBS analisadas e também a partir do discurso profissional sobre as práticas maternas. Portanto, observa-se aqui o mesmo princípio anteriormente mencionado sobre as hetero-representações, ou seja, falar do outro implica também em se revelar na particularidade do meu envolvimento com o outro.

As análises são apresentadas por grupo profissional (conforme quadro de categorias) e por UBS, referidas no plano real neste capítulo, uma vez que as práticas idealizadas se confundem com o plano institucional e serão apresentadas enquanto práticas institucionais idealizadas. Para tanto, utiliza-se largamente o recurso da descrição objetivando que o leitor possa se familiarizar com o material discursivo e, principalmente, para que o mesmo exerça o seu poder de crítica sobre as interpretações realizadas.

3.1. Profissionais IT

<< ...procurando avaliá o que que aconteceu, se essa criança esteve instituições hospitalares, se ela tá... tá... procurar determinar se ela teve um processo crônico ou estimulá a mãe de alguma forma a percebê, a acompanhá esse processo...>>

<< As pessoas costumam fazer, inclusive, Internações sociais que eu acho que é uma coisa, um absurdo total. Quer dizê, você segrega uma criança da família e coloca ela num ambiente biologicamente bastante perigoso, Infecção hospitalar, com uma demanda de cuidados em termos maternagem assim muito carente, muito precária por melhor que seja a instituição e diz que tá fazendo Internação social, que tá protegendo ela do meio social dela que é agressivo, mas será que esse meio social é tão agressivo que é mais agressivo do que uma instituição hospitalar?>>

A dicotomia entre o normal e o patológico, enquanto conceito central da área médica, encontra-se presente no discurso dos profissionais diretamente relacionados com o acompanhamento da saúde da criança. Tal dissociação, no entanto, não é expressa de forma tão clara no discurso dos outros profissionais. Essa particularidade deixa antever as raízes de formação de cada um dos grupos aqui analisados e as particularidades das suas visões de mundo e da própria prática.

Destaca-se que a incorporação das ações de caráter curativo enquanto função precípua das UBS está incorporada neste serviço de forma não

conflituosa e não excludente em relação às ações de promoção ou prevenção da saúde, apresentando características específicas ao grupo infantil, conforme pode ser observado nos destaques acima apresentados.

3.1.1. Auxiliares de saúde e atendentes¹⁸

As práticas de educação em saúde são reconhecidas como principal atividade dos profissionais auxiliares, sendo caracterizada principalmente por um tipo de comunicação analógica, onde a transmissão de informações e a prescrição de comportamentos são predominantes; esta é retraduzida por "fazer a mãe tomar ciência", conversar, explicar, etc. Pode-se observar, de forma menos freqüente, traços do tipo de comunicação dialógica mesclada com a comunicação analógica, retraduzida por incentivo de comportamentos adequados, explicar, fazer entender.

Os conteúdos dessa comunicação são definidos de forma espontânea e transmitidos através de um tipo de capacitação pessoa a pessoa ou pela observação do trabalho médico, principalmente.

Apesar de destacada, a atividade educativa desenvolvida por este grupo profissional apresenta-se como "prática de conflitos", uma vez que faz emergir as contradições implícitas às práticas profissionais e o embate entre população e profissionais de saúde. Pode-se metaforizar afirmando que a atividade educativa aqui referida representa o escudo de defesa dos serviços, resguardando uma aparente verdade, qual seja, a prioridade alardeada às ações de promoção da saúde.

Pode-se observar algumas características representacionais em trechos dos discursos deste grupo profissional:

<< ...eu não me considero assim na prática tanto que nem a Rosa tem quando ela chega prá orientá as mães. Ela... se desembaraça muito mais que eu prá tá orientando as mães, mas eu acho porque ela tem o curso de enfermagem, já tem uma experiência, uma prática bem grande; eu tenho apenas um ano eu des... consegui desenvolvê bem pouquinho, mais eu acho que eu tava precisando de alguma coisa mais, agora eu não sei o que. Não sei se a Rosa teve curso, teve treinamento, o que que ela teve: eu não tive nada disso. Então acho que eu também, eu não tenho o que oferecê assim mais porque eu não sei ...porque se você não sabe, você não tem uma segurança mesmo de você própria, você não sabe se aquilo que você tá fazendo tá certo, se aquilo que você tá falando tá certo como você tá falando.

E - Às vezes você tem dúvida ?

S - Exatamente, e muitas dúvidas. >>

¹⁸ Categoria profissional específica das UBS, caracterizada por profissionais com escolaridade de 1o. grau completo e formação em serviço, no caso dos Auxiliares de Saúde; ou 1o. grau incompleto e capacitação em serviço para os Atendentes.

<< O que eu procuro fazer é orientar a mãe o mais possível, mais em virtude da baixa condição da própria mãe de aprendizado também porque elas vêm de uma... de uma criação idêntica, com pouca evolução, é difícil você transmitir. Muitos não sabem nem ler, muitas não têm como conseguir alguma coisa, mas mínimas coisas são passadas, algumas orientações elas conseguem captar e levar à sua residência.>>

<< Então você vê que é uma coisa que 'ocê orienta, 'ocê fala, 'ocê explica mais... num dá assim prá você tê uma idéia do que que você... no que você pode ajudá ou no que que você ajudô.>>

As práticas que objetivam o *acompanhamento e a avaliação do crescimento* são destacadas e muito valorizadas neste grupo profissional, associadas a prevenção da desnutrição, bem como a estratégias de intervenção que possibilitem sua recuperação. Outra função associada ao acompanhamento do crescimento refere-se a utilização deste como instrumento de educação em saúde, ou seja, enquanto motivador das práticas maternas de promoção da saúde. As técnicas utilizadas são a mensuração de peso e estatura e a avaliação dessas medidas através de um padrão de referência, bem como o acompanhamento da evolução física geral da criança.

O perfil da atividade de *acompanhamento do desenvolvimento* pode ser observado no seguinte trecho discursivo: *<quando é o primeiro ano da criança não dá prá avaliá muito o desenvolvimento da mente da criança. Dá prá avaliá os pontos, ...você avalia a criança se ela tem... se ela solta som, se ela mexe, se ela brinca com as mãozinha mesmo quando é nene. ...por aí, eu acho, dá pra saber se a criança é bem desenvolvida, se ela tem essas atitudes. Agora, se a criança não tem essas atitudes, ela não tá tendo o desenvolvimento certo.>>*

Essa prática é mencionada como atividade realizada por alguns profissionais, principalmente nos atendimentos de enfermagem, sendo entendida como a observação das "atitudes" esperadas para a idade (atitude é definida como um conjunto de comportamentos motores, verbais e lúdicos) comparados com um padrão de referência pré-estabelecido. A "função" de triagem de comportamentos que fogem ao conceito de "normalidade", especialmente a agressividade e as dificuldades escolares, também é referida por esses profissionais.

Na definição dos *objetivos do trabalho* os profissionais deste grupo referem a melhoria dos cuidados maternos, a prevenção de patologias e a promoção da saúde física como principais. No entanto, a explicitação desses objetivos não é sempre clara, sugerindo uma não elaboração do produto final do trabalho, reforçando a hipótese de ação espontânea destacada acima.

<< Eu acho que eu tô contribuindo porque ajuda a criança, a mãe a cuidá melhor um pouco.>>

<< O AE eu acho que é importante porque você consegue, por você ter mais tempo, retê, pegá pequenas coisinhas. Eu acho que você tem mais condições porque você não tá co' aquela preocupação com o exame físico. >>

<< Fora isso, quando eu vô pesá e medí, eu acho que prá mãe que tá acompanhando "olha, meu filho ganhô tanto de peso", eu acho que prá mãe é uma boa >>

Nesta categoria de análise as posições são quase consensuais nos dois serviços estudados e nos diversos grupos profissionais. A *avaliação do resultado do próprio trabalho* é sempre positiva, destacando as atividades de educação em saúde como o principal elemento e o mais valorizado das ações desenvolvidas, tanto por profissionais auxiliares, quanto pelos outros profissionais. Parece confirmar-se aqui o espaço da promoção da saúde da criança enquanto espaço educativo, onde a relação estabelecida entre os profissionais e seus interlocutores é investida de grande valor e reconhecida como a principal ferramenta de ação assegurada pelo acompanhamento periódico da criança.

Ao falar da percepção sobre o próprio trabalho, os profissionais questionam a eficácia das suas práticas, mas valorizam a contribuição que oferecem para as mães sob a forma de esclarecimentos ou informações, estando implícita aí uma certa modalidade de "relação de ajuda" que possibilita uma melhor compreensão do processo saúde-doença, das necessidades da criança e de suas características.

Ao buscar explicitar os fatores *determinantes das próprias práticas*, os profissionais enfocam, de forma objetiva, dois elementos principais.

- *Capacidade de aprendizado materna limita as práticas*

<< em virtude da baixa condição da própria mãe de aprendizado também, porque elas vêm de uma... de uma criação idêntica, com pouca evolução, é difícil você transmitir. Muitos não sabem nem ler, muitos não têm como conseguir alguma coisa, mas mínimas coisas são passadas; algumas orientações elas conseguem captar e levar a sua residência >>

Conforme destacado anteriormente, as formas representacionais que expressam a ideologia de um grupo ou indivíduo carregam em seu bojo um conjunto de concepções que expressam, em situações e temas distintos, determinada forma de conceber o mundo e as relações sociais.

Da mesma forma que em categorias anteriores, especialmente nas categorias das práticas sociais, a subordinação do senso comum ao saber técnico aparece de forma marcante, sendo esperado, portanto, que ao falar de suas próprias práticas e das dificuldades para a sua efetivação, os profissionais

também apliquem essa mesma lógica, qual seja, “eu desejo (e portanto sou capacitado) fazer o melhor, mas as limitações do outro me impedem”. Desta forma, as práticas são justificadas pelas condições que elas mesmas criam, ou seja, o *ciclo sócio-profissional da alienação*.

- Capacitação profissional

<< Exatamente, porque se você não sabe, você não tem uma segurança mesmo de você própria; você não sabe se aquilo que você tá fazendo tá certo, se aquilo que você tá falando tá certo como você tá falando?>>

Apesar de pouco mencionada, esta categoria assume importância em função da responsabilidade atribuída ao serviço de saúde por tal função. Apesar de sua baixa frequência no discurso explícito, pode-se afirmar que tal categoria assumiria maior importância se o entrevistado fosse inquirido diretamente sobre o assunto, o que não ocorreu. Pode-se observar, nos discursos sobre as atividades de capacitação de recursos humanos desenvolvidas pelos serviços, que tal tarefa ocorre de forma eventual e não planejada, desconsiderando qualquer processo formal ou de determinação de necessidades, o que indica que tal capacitação ocorre a partir da iniciativa do próprio funcionário através de formas precárias de transmissão de conhecimento pessoa a pessoa, fato este comum no “treinamento” de recursos humanos auxiliares em UBS.

3.1.2. Médicos

<< A gente tem feito, procurando levá um trabalho de avaliação antropométrica, assim mais sério e obviamente utilizar o famoso gráfico e tá interpretando as ocorrências que existem nesse gráfico em função da vida da criança, do que poderia estar causando aquela alteração, quando uma criança tem o crescimento que de alguma forma ele tá comprometido, então, está procurando avallá o que que aconteceu, se essa criança esteve em instituições hospitalares, se ela teve um processo crônico ou estimulá a mãe de alguma forma a percebê, a acompanhá esse processo. Eu acho que o gráfico é uma grande motivador desse trabalho, porque ele centraliza a informação de maneira objetiva e facilita uma série de coisas.>>

Observa-se no discurso médico do referido serviço que as concepções sobre as *práticas de educação em saúde, práticas de avaliação do crescimento e de acompanhamento do desenvolvimento* apresentam o mesmo perfil traçado para o grupo profissional anterior, guardadas as especificidades de linguagem. As atividades de educação em saúde são reconhecidas como parte integrante do trabalho médico, mas não como principal, marcadas pela não medicalização na atenção à criança.

Tal semelhança sugere uma aproximação profissional importante entre os dois grupos, o que efetivamente ocorre em termos de prática, e ainda uma assimilação de posturas, conhecimentos, objetivos de trabalho em função de tal proximidade.

São mencionados como *objetivos da prática médica* a não medicalização dos cuidados, o diagnóstico e intervenção sobre fatores ambientais que interferem no crescimento e no desenvolvimento e a abordagem da promoção da saúde da criança enquanto prática comunitária, onde as especificidades da família e do grupo social no qual vive a criança são consideradas. As práticas educativas são mais uma vez destacadas enquanto instrumento de intervenção quando os entrevistados afirmam << ...a gente procura no trabalho da gente contemplar a avaliação da criança em cima do número maior possível de fatores vulneráveis a uma atuação, então procurá desenvolvê a visão da mãe em relação à criança, ao vínculo...>>

Aqui o grau maior ou menor de informação materna também é considerado como *elemento norteador e limitante das práticas*, associado ao contexto social de pobreza no qual vivem.

<<Elas são muito mal informadas, têm pouquíssima informação realmente. Assim, a quantidade de mães que utiliza mamadeira é absurda, totalmente erradas... e a idéia de passá alguma informação pra elas, eu acho que desperta o interesse razoável.>>

<<...eu acho que existe uma certa resposta da mãe do esforço que a gente mostra, ao atendimento um pouquinho mais interessado, conversá mais, discuti um pouco mais, corresponde a uma certa adesão.>>

Conforme destacado anteriormente acentua-se, no decorrer da análise dos depoimentos dos profissionais IT, a característica de ambigüidade que pode ser observada em vários aspectos analisados até este núcleo. Aqui, mais uma vez, o traço de *ambigüidade se revela na oposição entre as dificuldades decorrentes da formação profissional, das condições de trabalho e principalmente da ausência de tecnologias apropriadas e específicas para o trabalho em saúde comunitária, e as "limitações pessoais maternas"*.

No discurso aqui analisado a prática médica em UBS e em saúde pública especificamente é concebida como opção ideológica que difere da prática médica hospitalar resultante de vínculos distintos. Tal opção profissional é reconhecida como atrelada à busca de melhores condições de vida para as camadas pobres da população e como prática que busca a promoção do desenvolvimento humano. Nessa medida, as iniciativas de promoção e de

intervenção na saúde da criança são auto-reconhecidas como de importância através dos retornos dados pelas próprias mães.

Convivendo com o discurso acima, observa-se também a afirmação da limitação do trabalho desenvolvido, expressando a mesma posição de conformismo presente nas outras categorias profissionais. A lógica intrínseca dessa visão é o reconhecimento de que as "limitações pessoais e de condições de vida das mães impossibilitam um trabalho de melhor qualidade", ou seja, funcionam indiretamente como elementos limitantes da ação profissional.

3.1.3. Outros profissionais com formação universitária

Deve-se destacar que os discursos analisados neste grupo referem-se a profissionais atuantes na Equipe de Saúde Mental, uma vez que as falas do Enfermeiro e do Diretor do Serviço são tratadas em separado.

As *práticas educativas* representam ferramenta de fundamental importância neste grupo profissional, uma vez que o processo de trabalho é fundamentado na comunicação e no poder de convencimento do outro. As ações caracterizadas como educativas se confundem com aquelas tratadas como terapêuticas.

A *comunicação dialógica* aparece como traço principal nas práticas deste grupo, traduzida como dialogar, alertar, chamar a atenção; no entanto, a comunicação analógica também aparece referida, retraduzida como orientar, prescrever comportamentos, informar ou ainda mostrar as dificuldades maternas. Tais posturas refletem, mesmo que parcialmente, a orientação dada ao processo de trabalho, onde o poder do saber profissional é exercido.

< < ...às vezes nem fica muito claro como acontece, que algumas crianças são mais retraídas e até a relação comigo que sou terapeuta é mais distante. Então, às vezes eu tenho dificuldade de perceber como acontece, mas aí sempre é o retorno da escola que encaminha, dos próprios pais...> >

< < Eu acho que a gente nem vê esse trabalho com crianças sem a mãe, tanto que ele prevê mesmo: toda criança que entra em atendimento a mãe também entra, eu acho que esse espaço que é dado pras mães é até de elas terem conseguindo percebê com mais clareza as dificuldades que elas têm.> >

Pode-se caracterizar o *perfil tecnológico* das práticas deste grupo através dos seguintes aspectos:

- define a díade mãe-criança como objeto de atenção;

- as práticas profissionais são dirigidas ao desenvolvimento infantil, incluindo a mãe e a família como participantes do processo e também como instrumentos das estratégias de intervenção;
- a intervenção objetiva a mudança de atitude da criança e, quando possível, dos pais;
- as ações sobre o desenvolvimento infantil assumem características próprias como processo de intervenção e não apenas como acompanhamento;
- a prática dos profissionais é dirigida à grupos/demandas específicas e não ao conjunto de crianças acompanhadas pela instituição, caracterizando-se como atividade quase independente das demais ações do serviço;
- as características tecnológicas do trabalho não são explicitadas, a ação e seu resultado parecem separados por um lapso mágico;
- o modelo de assistência ambulatorial é transferido para a assistência saúde da comunidade sem o reconhecimento das particularidades desta;
- faz supor um "deslocamento" intra-institucional de tais profissionais, ou seja, a autonomia de ação é restrita a uma demanda específica, estabelecendo-se uma relação de negação ou de subordinação a uma outra instância de profissionais, qual seja, aqueles que acompanham o processo saúde/doença ou que detêm maior autonomia e poder de definição das prioridades do serviço;
- prevalece a afirmação da dicotomia entre o "biológico" e o "humano".

<< a saúde mental ela acaba lidando muito com a coisa emocional, como se ela também fosse um outro núcleo, o núcleo emocional em contraposição ao núcleo físico que os médicos tratam...>>

Os objetivos do trabalho são destacados a partir de duas posições distintas: aqueles que reconhecem a limitação do trabalho realizado e aqueles que se detêm em objetivos idealizados. No primeiro grupo, os profissionais reconhecem suas práticas como objetivando o trabalho com o núcleo emocional do indivíduo, assumindo a dicotomia entre estado físico e estado psíquico e o conseqüente abandono da visão da criança como ser integral; no segundo são destacados o trabalho com a criança como ser integral e a abordagem da criança e da família como núcleo de atenção.

<<A sensação que eu tenho desde que eu tô aqui é que tão estrangulando, tão estrangulando o serviço cada vez mais. Estrangulando, estrangulando, estrangulando todas as maneiras, boicotando de todas as maneiras, no nosso salário, nas condições de trabalho, no espaço que a gente ocupa, reforçando esse pensar... esse pensar especializado e não integrado>>

Ao efetuar uma avaliação do trabalho realizado as posturas apresentam-se de forma mais homogênea, uma vez que se trata de uma equipe de trabalho já

constituída. Consideram seu trabalho importante e acreditam que poderiam contribuir mais com a equipe do serviço, no entanto, sentem que o espaço de trabalho da equipe de saúde mental vem sendo estrangulado e boicotado através do salário, condições de trabalho, espaço ocupado e que essas barreiras reforçam a especialização e a não integração do trabalho.

A equipe da qual participam, afirmam, vem discutindo muito a abordagem de saúde integral da criança, mas a atuação tem sido segmentada, da mesma forma que a prática médica, ou seja, reconhecem que é necessário avançar na atuação dentro da perspectiva da atenção integral.

São destacados aqui os *fatores que limitam e/ou determinam a prática* deste grupo profissional. Dentre esses fatores são destacados a dificuldade de integração com outros profissionais e do trabalho em equipe, o desconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde mental e desta com o trabalho dos outros profissionais, o reconhecimento dos profissionais não médicos como “paramédicos”, ou seja, “anexos” do trabalho médico. Destaca como elementos que determinam a atuação, o próprio desconhecimento e não definição do seu papel dentro de uma equipe Multiprofissional, a formação profissional segmentada que conduz a uma prática também segmentada, a pressão de uma demanda emergente que procura as UBS em busca de soluções para problemas imediatos, e ainda as dificuldades materiais (espaço físico, materiais de apoio, etc.) e institucionais, e a displicência do Estado no trato das questões de saúde e dos seus funcionários.

Dentre os fatores citados acima, pode-se destacar a presença de elementos que se referem à dinâmica institucional propriamente dita, à inserção dos serviços públicos no Estado Brasileiro e ainda elementos ligados ao perfil da formação profissional no País, bem como as dificuldades decorrentes desse perfil.

Os trechos discursivos abaixo exemplificam as afirmações:

- Elementos intra-institucionais:

<< ...então eu não sei, eu sei muito superficialmente, né, que tipo de trabalho se faz aqui, e o que que ele oferece prá crianças... >>

<< ...com certeza tem a ver com a nossa própria dificuldade de trabalhar enquanto equipe com as nossas própri... com a, digamos, com a dificuldade, com a falta de clareza do que a gente pode fazer enquanto equipe, o que a gente pode oferecer. E até indefinição do que a gente não pode... >>

- Elementos relativos às relações de poder na prática profissional

<< para os médicos nós somos paramédicos, o nosso é um trabalho de auxiliar. Então a criança tá com problema, manda, encaminha pro psicólogo... uma pessoa que tenha tuberculose, tá com uma seqüela de TB, ainda nem sabe dos problemas, assim alterações por causa dessa seqüela, então manda prá saúde mental, porque esse é da cabeça. Então, quer dizer, a gente tá aqui prá auxiliar... >>

<< ...talvez a mesma dificuldade que nós sentimos de trabalharmos juntos, aconteça na relação à integração com o resto da unidade. Acho que é isso. Só que existe mesmo uma... um pensar a saúde médico, né, que considera a saúde mental como anexa, como paramédico... >>

- Relação de subordinação à prática médica

<<Eu não sei até que ponto nós, enquanto profissionais da saúde mental, reforçamos também isso, na medida em que vamos atendendo esses pacientes e não questionamos os médicos... porque em geral as tentativas também de questionamento, de conversa são tidas como... como má vontade, ou não querem trabalhá, preguiça mesmo de tá atendendo quem eles querem encaminhar, porque a nossa função é tá auxiliando.>>

<< Eu acho que ele [O PSC] faz um tratamento mais emergente, eu diria, de algumas patologias da criança. Acho que principalmente essas duas coisas, eu acho até que a minha área, a área da saúde mental, ela acaba ficando um pouco engolida demais por esses tratamentos emergentes.>>

- Destaque da superioridade das visões não biológicas

<< ...isso quando nós mesmos não caímos na armadilha e depois percebemos o... o criticar não significa que... que eu enquanto profissional ou pessoas que trabalham comigo estão assim muito à frente; nós mesmos vivemos, vivemos caindo, mas acho que é importante, pelo menos a gente tem uma crítica, quando acontece da gente cair a gente pára e pera um pouco, não é bem assim.>>

<< ...eu vejo assim que... que o PSC é um atendimento extremamente técnico que não leva em consideração o todo. Se a criança tem um verme, então dá... dá um vermífugo, e não fala das condições em que essa criança vive e como podia ser como elas podiam ser melhoradas prá que esse verme não aparecesse novamente, eu vejo assim: já uma coisa muito técnica, muito específica, muito distante do... é como se esse bloco que antes falei antes tivesse... fosse possível separar, né, [E - Uhn] cortar esse bloco em pedaço e falar: eu resolvo isso, você resolve aquilo.>>

3.2 Profissionais GPS

3.2.1. Auxiliares de Saúde Pública

<< ... o meu trabalho aqui no Centro de Saúde, eu acho que tudo aqui tá muito mais em cima de Informação. Mas eu acho que principalmente o que eu, o que me ajuda, é a relação que eu tenho com a mãe. Não só de informação, mas de ouvi ela falar. De procurar junto com ela, sabe, achar, encontrar o porque que o nenê tá daquele jeito. Então é através desta relação de discutir com as mãe, eu sinto que é através disso que a gente consegue interferir.>>

Neste grupo, as *práticas de educação em saúde* são reconhecidas como objetivo final do trabalho e como principal ferramenta de ação. Predominam as práticas de comunicação dialógica retraduzidas por trocar informações e experiências, dialogar/trocar idéias/conversar, trabalhar a partir das informações maternas, estabelecimento de uma relação de troca como facilitadora da ação profissional. Apesar do predomínio das posturas que valorizam o conhecimento vivencial materno, as posturas analógicas também aparecem mencionadas como transmitir informações; orientar/prescrever comportamentos.

<< ... quando eu tenho tempo aqui eu mesmo passo o gráfico e mostro prá mãe: "olha mãe", mostro prá mãe direitinho como é que está a criança. " Mas prá que essa risca aqui?" "Não, dentro desse risquinho aqui a criança está bem, passou daqui tá fora de peso". Todas essas coisas precisam acontecer direitinho prá que possa dar continuidade ao Programa de Saúde da Criança.>>

A *avaliação de crescimento* aparece como um aspecto consensual das práticas associadas aos programas de promoção da saúde da criança, resumindo-se em mensuração de peso e comprimento, estatura comparação com um padrão de referência, prevenção da desnutrição ou recuperação do estado nutricional. As práticas assumidas pelos auxiliares nesse processo são a obtenção das medidas e as orientações que visam à prevenção da desnutrição ou seu tratamento. Observa-se uma participação mais ativa desses profissionais na avaliação do crescimento e do estado nutricional apenas quando executam atendimentos de enfermagem, que são caracterizados como ação-fim.

Deve-se destacar que tais profissionais apresentam capacitação para essa avaliação, no entanto a dinâmica da tecnologia adotada pelas UBS para as consultas médicas divide esse procedimento em três etapas, onde os auxiliares são responsáveis por duas delas nas quais a mensuração é efetuada (pré-consulta) e as orientações são realizadas (pós-consulta). A avaliação propriamente dita é atribuída à consulta médica, caracterizando os procedimentos mencionados como complementares.

<< ... você conversa, você vê se é uma criança assim muito agitada, se é uma criança assim normal, se é uma criança quieta demais. E aí você vai ver como que ela é tratada em casa. Se o convívio dos pais é bom ou não.>>

No que se refere ao *acompanhamento do desenvolvimento*, observa-se uma consciência clara, neste grupo profissional, da abordagem familiar e da relação mãe-criança como objetos de atenção. Os procedimentos utilizados para essa avaliação podem ser resumidos em: observação de comportamentos motores, sociais e afetivos esperados para a idade; comparação com um padrão de referência; observação de comportamentos da criança e da relação mãe-criança.

<< E se a criança vem doente, só com um resfriado assim, então eu só falo quase só da medicação. Então a gente dá mais prioridade à criança que vem num retorno normal, agendado, se é com resfriado eu só falo quase da medicação: "Mãe, volta na consulta marcada". Agora se a criança vem doente, se vem com diarreia, daí a gente já fala também da dieta obstipante, já entra mais na alimentação, líquido também.>>

As *práticas de recuperação da saúde* incluem a consulta médica em situações de patologias, portanto, imprevistas na dinâmica da UBS; a prescrição de medicamentos e a orientação específica para os estados mórbidos. Apesar do reconhecimento de que tais situações são também de responsabilidade das unidades de saúde de nível local, pode-se observar certa resistência na incorporação desse tipo de demanda a partir do pressuposto de que as ações de promoção da saúde deixariam de ser executadas e substituídas apenas por pronto atendimento. Essa lógica pode ser observada nos discursos da maioria dos profissionais deste serviço, uma vez que a incorporação do princípio da universalização da assistência e da hierarquização dos serviços (com conseqüente refluxo de demanda para a UBS) estava em processo de implantação no momento da pesquisa sendo, portanto, um fato novo para esses profissionais, gerando inquietação e grande resistência.

Os *objetivos do trabalho* não são tratados de forma direta nos depoimentos destes profissionais, no entanto, a partir das afirmações sobre o processo de trabalho pode-se deduzir como sendo objetivos incorporados e valorizados, a promoção e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, em especial as atividades educativas de promoção da saúde. A incorporação do acompanhamento contínuo da saúde da criança enquanto objetivo do trabalho das unidades locais e ainda enquanto ação desejável e benéfica, parece ser mais marcante e destacada do que no grupo anterior.

<< ...nós tamo atendendo assim tudo pelo corrido. Prá começá, essas crianças que nem é tudo quase doente, é RN. As consultas agendadas a gente não tá tendo muito tempo de fazer nada.>>

Conforme destacado na análise dos profissionais IT, observa-se uma postura de *valorização do trabalho* desenvolvido neste grupo; no entanto, são também observadas duas características particulares. A primeira refere-se à insatisfação demonstrada com o “excesso de demanda” ocasionada pela concentração de atendimentos eventuais (crianças doentes), que são referidas como atividade que se sobrepõe à atividade primordial, ou seja a promoção da saúde, gerando um sentimento de frustração pela oposição estabelecida entre promoção *versus* recuperação da saúde. A segunda característica refere-se a maior valorização das atividades-fim, tal como o atendimento de enfermagem, onde o profissional sente-se autônomo e responsável pelo resultado final do seu trabalho, o que não ocorre nas outras atividades desenvolvidas pelos auxiliares.

<< Então , discutindo isso com a mãe a gente consegue, se você chegar e só passar informação, hoje por exemplo, eu só passel informação pra mãe, porque eu tinha um monte de gente pra atender, e eu senti que não vai servir de nada, que ela vai voltar igual daqui uns dias com dúvida.>>

Ao analisar os fatores *determinantes das práticas profissionais*, são mencionadas 3 categorias, quais sejam, *a capacitação profissional, a relação de troca com as mães como elemento de motivação e a disponibilidade de tempo para o exercício adequado da função*.

Deve-se destacar que, dentre as três categorias, a que se destaca tanto na análise de recorrência, quanto na análise de conteúdo é a da disponibilidade de tempo como elemento visível de uma outra dinâmica, qual seja, a própria dinâmica institucional e sua legitimidade.

Conforme observado de forma clara ou implícita nos discursos analisados, a incorporação do pronto atendimento como função precípua das UBS é algo não assimilado pelos profissionais. De alguma maneira essa modalidade de atenção à saúde incorporada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 89 refletiu na dinâmica institucional dos Centros de Saúde Escola. Fato porque a qualidade das ações de promoção da saúde teve, a partir dali, que conviver com outro fator, não encarado até então por esses serviços, isto é, a pressão da demanda não atendida. Tal fato merece especial destaque na atenção à criança e foi aí que a nova orientação se refletiu de forma mais nevrálgica, por diversas razões.

A promoção da saúde da criança é efetuada, habitualmente, por um período longo da vida e com uma concentração igualmente grande de atendimentos; por outro lado esse é o grupo populacional que mais adoece e que mais demanda serviços básicos de saúde. Uma vez que a relação desejável entre recursos humanos auxiliares (ação meio) e profissionais com formação universitária (ação-fim) encontra-se invertida no referido serviço (com predomínio dos segundos sobre os primeiros) impossibilitando uma ampliação da capacidade de atendimento, o que se observa é uma rejeição à incorporação do pronto atendimento uma vez que este significaria, no imaginário profissional, o comprometimento da qualidade das ações de promoção da saúde até então desenvolvidas.

Tal situação aparece mencionada de forma implícita em todos os depoimentos desta UBS, conforme destacado acima, associada à frustração pelo "mau desempenho profissional" ou pelas limitações a ele impostas.

3.2.2. Médicos

<< ... você está orientando uma criança uma vez que você está fazendo puericultura; mesmo a criança que vem doente, que você vê que está faltando alguma coisa, você pode estar orientando a mãe. E se você faz isso mais ou menos numa sequência, você consegue até, além de ajudar essa mãe, detectar algumas coisas. Uma criança, por exemplo, que está com atraso de desenvolvimento, você orienta, você conversa com a mãe, a mãe fala: "Não, eu até estou fazendo isso daí, mas ela tá meio paradinha" e tal; você até detecta mais cedo do que aquela criança que você vai detectar no exame mais tarde. Aí você tem a orientação, você fez uma orientação, você conversou com a mãe, a mãe te dá os dados mais cedo e você pode até pegar as coisas um pouco mais cedo. Mais é importante você conversar e orientar. Sempre a gente faz isso, ou é aqui ou lá na pós-consulta, nos grupos também.>>

Reconhecida como parte integrante do trabalho médico e associada com o desenvolvimento da "puericultura", a educação em saúde é assumida pelos profissionais aqui tratados e associada à prevenção de distúrbios de crescimento e de desenvolvimento e também de patologias comuns na infância. Observa-se de forma clara a valorização e a incorporação do trabalho educativo em suas práticas e o reconhecimento de que sua maior ferramenta de ação é a orientação, variando as posturas assumidas desde o estabelecimento de uma relação de troca com as mães, onde a informação é um elemento importante da avaliação médica, até posturas que concebem a educação em saúde como sendo a transmissão de informações e a prescrição de comportamentos.

<< Primeiro você tem que perguntar, você tem que estar sabendo se essa criança está dentro dos parâmetros do que você espera praquela idade, como é que está se desenvolvendo... Aí você vê

o relacionamento da mãe com a criança e como a mãe se comporta quando ela tira a roupa; quando ela fala com você; como ela se queixa pra você do que está acontecendo com a criança... >>

As ações efetivadas para a *avaliação do crescimento e do desenvolvimento* se assemelham bastante as práticas dos auxiliares de saúde, sendo caracterizadas pela avaliação do ganho ponderal - peso e estatura - e pela prescrição de condutas que visam a prevenção precoce de prejuízos. No acompanhamento do desenvolvimento são executadas ações que variam na sua abordagem: desde concepções que abordam o desenvolvimento neuro-psico-motor e a comparação com um determinado padrão de referência até as que abordam o desenvolvimento emocional como sendo também área de preocupação médica. A observação da relação mãe-criança é mencionada por todos os profissionais, variando apenas a forma mais ou menos sistematizada dessa observação.

<< ...no caso de patologia você diagnostica o quanto mais precoce, se você atuar mais precocemente então você está prevenindo qualquer um outro tipo, um agravamento, a possibilidade de uma patologia que pode levar a uma perda importante de peso, de desenvolvimento neuro-psicomotor, tudo. Então quanto mais precoce a gente atuar no nível de saúde, melhor pra essa criança.>>

Observa-se, neste grupo, o reconhecimento de que a *recuperação da saúde* é parte do trabalho de promoção, referindo-se ao diagnóstico e intervenção precoces como ações necessárias para o controle das doenças. No entanto, apesar dessa afirmação, pode-se observar uma relação de conflito implícita aos discursos, conflito esse caracterizado pelo sentimento de que "algo está sendo perdido" quando a UBS assume a função de dar respostas às demandas apresentadas.

Destaca-se neste grupo que as práticas dirigidas à patologias reproduzem a tecnologia médica da atenção individual, sendo pouco mencionadas as práticas de atenção à saúde coletiva ou de vigilância epidemiológica.

<< ... mas tem muitas que se nós pegarmos desde o início, eu ainda acredito que a gente possa dar uma melhora assim, uma melhora de ... um melhor acompanhamento, vai dar pelo menos uma outra opção pra mãe, pra essa família agir com essa criança.>>

São destacados como *objetivos da atuação médica*, o controle e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, concebido como "fazer puericultura", detecção de anormalidades e a intervenção precoce em patologias, e a orientação dos pais. Dentro de uma concepção mais abrangente, o objetivo do trabalho médico é visto enquanto intervenção precoce seja na promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, seja

em episódios mórbidos, revelando a perspectiva preventivista assumida por esses profissionais.

Os objetivos são claros ao mencionar apenas a atenção individual como alvo das práticas médicas, reforçando a afirmação de reprodução de um modelo assistencial concebido para a prática individual nas práticas dirigidas à saúde coletiva.

<< Eu acho que é muito pouco em termos de desenvolvimento de uma forma geral. Eu falei, eu acho que qualquer coisa ajuda, então alguma coisinha val, mas não é... pode ter consulta que nem val... >>

A valorização do trabalho aparece de forma escamoteada nos discursos, ou seja, por um lado a expressão de satisfação por "ajudar as mães através do trabalho educativo" é evidente, no entanto, as práticas cotidianas são afirmadas como "grosseiras e um pouco limitadas", numa evidente demonstração de insuficiência do retorno recebido a partir do trabalho realizado.

São mencionados como fatores que *dificultam ou determinam* o perfil da prática médica a pequena disponibilidade de tempo para uma avaliação individualizada e mais aprofundada das crianças atendidas, em função da pressão de demanda sofrida pelo serviço associada ao pronto atendimento; outro fator mencionado é a limitação de recursos materiais (medicamentos, recursos didáticos, recursos diagnósticos para patologias mais complexas).

Conforme apontado anteriormente, a relação de contradição da prática médica aparece retratada nesta categoria de análise, a partir do reconhecimento da medicina curativa como parte integrante de suas atribuições e ao mesmo tempo como limitante desta. Parece expressar-se aqui um conflito entre os valores introjetados na formação médica, baseada principalmente na medicina curativa e os resultados observados na prática cotidiana de promoção da saúde. Mais uma vez a oposição entre o preventivo e o curativo se apresenta.

3.2.3. Outros profissionais com formação universitária

<< ...eu via muito a minha ação quando eu fazia grupo de mães, porque aí eu tava lidando com a mãe..., mas eu lidava com a mãe no sentido de estar estimulando a mãe a estar desenvolvendo alguma coisa com a criança.>>

<< Eu acho que tem algumas informações que é importante dar porque a mãe... é aqui o lugar onde ela vai poder ter essas informações... >>

Este grupo é caracterizado por um perfil heterogêneo de formação, fazendo parte dele uma nutricionista, um educador de saúde, um assistente social e um psicólogo. As representações caracterizadas abaixo, portanto, não exprimem o pensamento de uma equipe previamente constituída.

Ao referir-se as *práticas de educação em saúde* as posturas analógica e dialógica de comunicação são observadas de forma equivalente, não se configurando o predomínio de uma sobre a outra. São concebidas como trocar informações e experiências, dialogar/trocar idéias/informar; ou ensinar/estimular/prescrever. Como característica básica destaca-se a distinção entre as ações de caráter educativo e aquelas com finalidade terapêutica, ambas baseadas no relacionamento interpessoal.

Os discursos deste grupo profissional são emitidos a partir de uma posição distanciada da realidade vivenciada por eles. Nessa medida, tanto os objetivos do trabalho, quanto a sua valorização apresentam-se inseridos dentro dessa mesma lógica discursiva.

Quanto aos *objetivos*, são referidos aqueles definidos num momento anterior de atuação, quais sejam: o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, do nascimento ao 15º mês de vida; a capacitação de recursos humanos; a supervisão do pessoal auxiliar e o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Destaca-se apenas uma entrevista caracterizada por um discurso emitido a partir da realidade vivenciada no momento da entrevista, que revela como objetivos do trabalho realizado a prevenção de dificuldades de desenvolvimento no início da vida e a atuação em equipe Multiprofissional, referindo que achar "importante o que faz mesmo fazendo menos do que gostaria".

A análise da *valorização do trabalho* reforça a afirmação do traço de idealização do discurso emitido neste grupo profissional. Pode-se observar aqui uma postura de impotência e de negação da realidade vivenciada ao referirem que se "sentem realizados quando atuam diretamente com a clientela e em equipe multiprofissional", sendo que no momento da entrevista estes não desempenham essas atividades. As referências, conforme o mencionado, são sempre associadas a um tipo de trabalho anteriormente desenvolvido.

<< mas eu acho que a diferença de formação é uma coisa muito séria. Quer dizer, a formação que eu tive e a formação que o pediatra teve é muito diferente, então eu acho que precisa todo um esforço, todo um trabalho pra um entender a linguagem do outro. Então eu acho que é difícil, sinto dificuldade.>>

<< ...esse pronto atendimento, eu acho importante a clientela ser atendida, mas eu acho que aqui não pode virar um ambulatório. Quer dizer, dar prioridade ao pronto atendimento, mas deixar um espaço, um pequeno espaço pra poder atender a necessidade da clientela. É necessário atender, mas eu percebo que na área de saúde tão fazendo muita pressão, inclusive com o nosso Centro de Saúde, pra que a gente entre a nível de pronto atendimento.

São destacadas três ordens de fatores *determinantes das práticas*: aqueles relacionados a *dinâmica institucional*, tais como a implantação do pronto atendimento que não abarca atividades educativas e preventivas limitando o campo de atuação da equipe, e o conflito com as prioridades definidas pela direção da unidade, acarretando o desestímulo de novas iniciativas ou a descontinuidade de trabalhos recém iniciados; a segunda ordem de fatores refere-se as *dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional*, destacando a especificidade da formação de cada profissional gerando preocupações diferentes por parte dos membros da equipe, e a conseqüente dificuldade de estabelecimento de linguagens comuns e de definição de espaços profissionais específicos dentro de um mesmo objetivo. Conforme pode ser observado, esses profissionais estabelecem associações bastante concretas para suas dificuldades, quase de causalidade direta, mencionando de forma pouco destacada o Sistema de Saúde geral como elemento participante de suas práticas.

Pode-se sintetizar o perfil representacional das práticas deste grupo:

- os discursos são enunciados a partir de práticas idealizadas/passadas sobretudo, o que faz supor a existência de um distanciamento entre as práticas reais e as desejadas, levando a um discurso idealizado;
- segundo as práticas idealizadas, os profissionais atuariam juntamente com médicos e auxiliares em ações de promoção da saúde, sobretudo em educação para a saúde, enquanto membros de uma equipe multiprofissional;
- a prática não "medicalizante" é destacada como objetivo da ação dos profissionais, abrangendo aspectos relacionados ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, com maior destaque para a educação em saúde como instrumento de ação;

- a clientela-alvo é específica, definida em função das prioridades estabelecidas pelos próprios profissionais;
- os papéis/espacos profissionais não são claros, o que faz supor um momento de indefinição na atuação dos mesmos.

3.3. Enfermeiros IT e GPS

A análise realizada em separado do grupo de Profissionais Universitários para as entrevistas dos Enfermeiros é justificada por ser esse profissional o responsável pela supervisão e capacitação da equipe de Auxiliares e também por atividades de organização do fluxo de atendimento institucional, o que lhe confere um espaço de atuação que pode ser decisivo para o perfil do atendimento à criança. A discussão apresentada abaixo refere-se as duas UBS, uma vez que a análise de conteúdo dos discursos não revela especificidades que mereçam destaque em separado mas, ao contrário, apresentam características comuns que definem a inserção dessa categoria profissional nos serviços locais de forma geral.

Confirma-se aqui a constatação de outros trabalhos sobre a inserção do Enfermeiro nas instituições locais de saúde, ou seja, sua prática apresenta-se distanciada da atenção direta a criança, baseando-se em supervisões eventuais do trabalho Auxiliar sem, no entanto, apresentar vínculo ou conhecimento claro das tarefas destes.

O que se pode observar nos depoimentos é uma diluição da ação do enfermeiro em múltiplas atividades, ao mesmo tempo onipresente e distanciada do cotidiano dos outros profissionais. Conforme destacado por GUIMELLT (1994), as práticas próprias do enfermeiro, ou seja, aquilo que lhe é realmente facultado enquanto atribuição específica, não são aqui reconhecidas; em lugar disto observa-se uma fragmentação do seu trabalho, resultando na dificuldade de auto e hetero-reconhecimento do campo de atribuição.

Conforme destacado, uma vez que dentro da estrutura de organização das UBS o trabalho dos auxiliares de saúde e atendentes é considerado como "tarefa auxiliar de enfermagem", tais profissionais são colocados em linha de subordinação técnica e administrativa aos enfermeiros. Tal situação institucional faz supor a existência de uma parcela de responsabilização desse profissional no

desempenho da equipe e na sua capacitação, no entanto, de acordo com o referido, tal responsabilização não é observada.

Apesar da fragmentação da prática profissional observada entre os enfermeiros possibilitar um amplo espaço de ação e o envolvimento, mesmo que indireto, com a atuação de todos os profissionais atuantes nas UBS, disto não decorre um trabalho de integração do mesmo nas equipes mas, ao contrário, uma ação isolada até mesmo de seus pares diretos, os auxiliares.

Tendo em vista que o trabalho da equipe de auxiliares nas UBS é marcado por atividades-meio, sua inserção nas equipes profissionais é observada com maior frequência, fato este que não ocorre com os profissionais enfermeiros, conforme o analisado. Tal configuração de papéis e espaços profissionais merece destaque, uma vez que fazem aflorar o questionamento da dissociação das atribuições reais e formais nas unidades locais de saúde.

Vale mencionar que a observação das representações dos grupos analisados indica uma configuração de grupos distinta daquela que serviu de hipótese inicial para a análise de dados. Os agrupamentos observados reúnem equipe de auxiliares e médicos num mesmo contexto representacional, enquanto o enfermeiro aproxima-se de tal grupo sem, no entanto se confundir com ele, apresentando-se como categoria auto-definida e com espaço individual de trabalho e de poder; os profissionais com formação universitária compõem um outro grupo distinto, unidos pelo "sentimento de exclusão" dos serviços e principalmente pela definição tênue dos seus espaços de atuação.

Os trechos discursivos abaixo podem contribuir para uma melhor caracterização do grupo profissional aqui analisada:

- Sobre o trabalho desenvolvido:

GPS

<< Então o meu acompanhamento é mais assim de supervisão mesmo, um "quebra-galho" como se diz, tá acontecendo alguma coisa então a gente resolve de imediato.>>

<< ... porque eu não fico só nessa área, a gente se divide em outras áreas, aí se eu ficasse por exemplo, assim, a enfermeira ficasse só na Saúde de Criança, acompanhando ela direto, fazendo visitas, estudando os casos, tendo reuniões, fazendo estudo de casos, você teria uma atuação mais direta. Mas não, é como diz, eu tenho assim os meus clientinhos, quando as mães chegam, ela quer falar comigo; como é comigo é como é com qualquer outro profissional lá dentro, e é assim.

Cria um vínculo, eu acho que, de amizade, de confiança pra contar outras coisas... >>

E - E você como supervisora do grupo, você não tem um retorno do que está acontecendo [com o trabalho dos auxiliares]?

S - De uma maneira geral não, eu tenho assim, alguns casos. Então às vezes a gente mesmo lá com o médico comenta e tal. Acontece, tem o caso de uma criança com um determinado problema, eu sou chamada pra resolver esse. Faço o encaminhamento, problema social, problema de psicóloga, qualquer coisa que seja nesse sentido. Aí, internação ou exames, então já são casos mais especiais. Desses aí a gente tem retorno. Eu como enfermeira tenho, porque me interessa saber, eu não faço esse encaminhamento e largo, não, eu volto a saber, acompanho, a gente discute. Aí são casos esporádicos de alguma coisa, agora as crianças normais, da rotina de acompanhamento que vem, não.

IT

<< foram poucas vezes assim que eu vi dificuldades em algumas pessoas, não é em todas não. Que eu acho assim, pra mim... eu não fiz uma supervisão, vamos dizer assim, de cada pessoa, que eu acho que o ideal seria isso mesmo pra vê realmente.>>

- Sobre as práticas desejáveis para a equipe de enfermagem:

GPS

<< E acho que é muito importante que esse atendimento seja, não cada dia que ela vem uma funcionária atender, seria como se a gente mesmo agendasse as crianças da gente, como os médicos têm, teria o mesmo funcionário acompanhando. Eu acho que isso ajudaria mais, porque você conhece a criança, porque quando vê a criança fora daqui no local dela, o seu comportamento muda. Porque eu acho que é muito fácil a pessoa vir aqui e você descarregar um monte de coisa que ela tem que fazer, e você descarrega tudo mas depois você não vê as condições dela, se ela tem condições de fazer ou não tem de fazer.>>

<< ...pra mim tá interferindo realmente eu deveria também tá ali e tá atuando, mas eu acho que através também de orientação do pessoal que lida com as mães. Então tá assim conversando, perguntando, estimulando, falando que tem que dar brinquedinho ou não dar brinquedinho, brinca com a criança, fazê carrinho... mas eu acho que é mais assim, tá dando uma orientação pra quem lida com as mães.>>

<< ...a gente consegue alguma coisa quando é feito algum trabalho, quando se conversa, faz uma palestra ou fala da amamentação e tudo é bem aceito. Então essas palestras poderiam ser mesmo com o pessoal da comunidade, com o pessoal que frequenta aqui, isso tem que envolver a disponibilidade de profissionais também. Porque pra tá tirando daqui aí aqui fica desfalcado. Assim: todo tipo, todo lugar, em todo bairro, associação de bairro, igreja, acho que esse tipo de coisa. Usá os espaços pra discutir a saúde, tá extrapolando fora daqui.>>

- Sobre as limitações do trabalho:

GPS

<<Eu acho que dar condições de trabalho: pessoal, viaturas, de locomoção também pra se fazer visita, pra se participar mais, não só na casa, mas na creche... um acompanhamento maior das crianças.>>

<< E outra coisa que eu acho é que a gente não tem o pessoal assim... todo pessoal treinado mesmo pro Programa, conscientizado pro Programa e treinado, então é um outro que faz determinadas atividades, AEs e outros, e a rotatividade do pessoal da gente não tá fácil, porque não tem pessoal fixo, nem condição de treinar esse pessoal.>>

IT

<< A necessidade aqui é muito grande e eu sinto falta de outras profissionais da minha área, porque a gente poderia tá fazendo os programas, tá prestando assistência. Porque pra mim fazer tudo não dá. Então tem que ir por etapa mesmo.>>

4. A saúde da criança nas práticas institucionais

4.1. Representações Profissionais

A análise dos trechos discursivos sobre as práticas dos serviços de saúde expressa mais a hetero-representação sobre as práticas dos outros profissionais, do que o reconhecimento de uma atividade ou corpo institucional autônomo ou individualizado. As práticas institucionais são reconhecidas enquanto a somatória do exercício de grupos específicos dentro do espaço institucional.

Conforme destacado na análise das práticas profissionais, os agrupamentos observados em função das características representacionais apresentam uma configuração específica reunindo a equipe de auxiliares de enfermagem e os médicos num mesmo contexto representacional, enquanto o enfermeiro, apesar de aproximar-se de tal grupo, configura-se de forma autônoma; por sua vez, os profissionais com formação universitária compõem um outro grupo distinto.

Essa primeira observação é reafirmada pela análise das práticas dos serviços, conforme será discutido a seguir. Neste núcleo discursivo não foi aplicada uma primeira análise quantitativa, uma vez que suas hipóteses de base foram lançadas nos núcleos anteriores, não justificando a configuração de uma nova grade de categorias.

4.1.1. Profissionais IT

As práticas desenvolvidas pelo serviço são caracterizadas a partir do desempenho de duas funções básicas, reafirmando a constatação anterior: a promoção da "saúde do corpo" e a promoção da "saúde da mente".

O primeiro enfoque está associado à atividade de acompanhamento e avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuro-motor, ao atendimento das patologias, às ações de prevenção e de acompanhamento de saúde. O aspecto organizacional dessas atividades é caracterizado pelo reconhecimento da existência de uma padronização do trabalho mesmo que informal, e como elementos operantes dessas atividades a equipe médica e os auxiliares e atendentes.

No segundo enfoque, a "saúde da mente", observa-se a afirmação de um trabalho mais integrado de promoção da saúde mental da criança, da família e da comunidade, envolvendo psicólogos e o terapeuta ocupacional.

Os perfis acima refletem mais a auto-referência funcional, ou seja, a auto-representação, do que propriamente uma consideração única sobre as práticas das equipes de trabalho. A partir da análise discursiva observa-se contradições nas referências às próprias práticas e também às práticas do outro, ou seja, uma imagem distorcida e, muitas vezes pouco conhecida sobre a configuração das práticas institucionais no seu conjunto e principalmente sobre as práticas do "outro" objeto de cuidado (corpo ou mente).

Essa afirmação pode ser verificada na confrontação de trechos discursivos de equipes distintas sobre o mesmo objeto.

A SAÚDE MENTAL PELA "SAÚDE MENTAL"	A SAÚDE MENTAL PELA "EQUIPE DE PORTA"
<< ...o que nós estamos fazendo não é integrado com o trabalho do médico, o trabalho da enfermeira, o trabalho das atendentes, eu não vejo a coisa funcionando como um todo, eu vejo a coisa estancada, então o que a gente pode oferecer pra criança é desenvolvimento estanque, separado, especializado, compartimentado>>	<< A saúde mental deve ter algum trabalho mas eu não tenho informação mais profunda sobre o que eles tão fazendo em nível de criança. Pode ter um trabalho... mas se tiver, me dá a impressão que é uma coisa assim pontuada, uma coisa isolada, não programada, não grupal.>>
<< Aqui conosco a gente trata de dar um suporte pras crianças numa maneira emocional, às vezes de uma maneira educacional mesmo, procura orientar os pais, procura ver, na medida do possível, os problemas, essa criança inserida na família, inserida no bairro, inserida no município...>>	<< ...a saúde mental são aqueles que fazem tudo pra criança crescer com uma cabeceira melhor.>>
<<... porque a demanda que a gente recebe, ela em grande parte vem das escolas.>>	<< ...tem a saúde mental, mas não sei onde é que eles pegam as crianças, mas quando precisa eu encaminho pro psicólogo e então eu tô tocando, quer dizer, dentro do AE eu não tive retorno...>>
<< ...a saúde mental acaba lidando muito com... com a coisa emocional, como se ela também fosse um outro núcleo, o núcleo emocional em contraposição ao núcleo físico que os médicos tratam; parece que a saúde mental tem pego um pouco esse núcleo emocional e tenha até talvez perdido um pouco a ideia de atenção integral à saúde ...>>	<< ...eu acho que era bem dentro disso (o trabalho da equipe de Saúde Mental) que podia tá encaixando alguma outra coisa pra tá avaliando as crianças de normal, porque a Saúde Mental depende de cada caso, da criança ter problema, não sei, acho que cresce meio retardatário, acho que é assim que eles falam; então ali é diferente de uma criança normal. Então não sei, mas acho que vai ter que dividir, ter o trabalho pra uma criança normal e pra uma criança com problema.>>

A "EQUIPE DE PORTA" PELA "EQUIPE DE PORTA"	A "EQUIPE DE PORTA" PELA SAÚDE MENTAL
<p><< Então eu acho que desde água e saneamento básico que o povo não tem, isso é mais do que saúde, acho que começa por aí, não adianta você...você trata de verminose dessas criança, você trata hoje, mata o bicho, amanhã já tá pisando no mesmo lugar. Sabe, se você pegá uma turminha do Jardim São Marcos que é um bairro nosso, você faz exame de fezes naquela criança val dá no mínimo sete ou oito bicho cada criança. Já se pega um outro bairro nosso que é vizinho é outra realidade. Já o São Marcos já foi o nosso lixão aqui, lá é o bairro do lixão.>></p>	<p><< ...bom pra falar a verdade: eu vejo assim que... que é um atendimento extremamente técnico que não leva em consideração o todo. Se a criança tem um verme, então dá um vermífugo e não fala das condições em que essa criança vive e como elas podiam ser melhoradas pra que esse verme não aparecesse novamente. Eu vejo assim: uma coisa muito técnica, muito específica, muito distante do..., subdividida em termos de... de saúde orgânica, de saúde mental, uma coisa muito estanque.>></p>
<p><< Centro de Saúde tem que trabalhar com agendamento o mais... o mais apertado possível é ficar dentro do agendamento. Agora, como a demanda é meio caótica ou o Centro de Saúde é muito carente, só tem clínico e pediatra no momento, então a gente tem que flexibilizar mesmo... na medida em que a gente tem dado uma grande flexibilidade pro... pro agendamento, tem deixado o agendamento estourar com frequência. Eu acho que fazer acompanhamento sem agendamento não dá muito pra fazer.>></p>	<p><< Eu vejo assim: esse outro... esse outro atendimento à criança, outro em comparação com a saúde mental, bastante ligado ao crescimento mesmo, uma coisa física, e... e bastante ligado nisso porque isso me parece a formação clássica, formação de estrutura mesmo desses profissionais que lidam com esse atendimento que seriam os profissionais médicos, eu vejo que as vezes as demandas da população até fogem um pouco disso... era até função da equipe de saúde mental e dentro dessa situação de UBS tá incrementando essas trocas, a reciclagem até do atendimento que é feito, do que que a população busca...>></p>
<p><<Até dois anos, porque a fase crucial do processo é até dois anos. O programa oficial Inclusive é até um ano, mas a gente se baseia em cima de alguns trabalhos que a gente tem visto mostrando como o processo de desnutrição incide muito mais no segundo ano do que no primeiro.>></p>	<p><< Eu acho que ele acompanha muito crescimento físico, eu acho que ele faz um tratamento mais emergente de algumas patologias da criança. Acho que principalmente essas duas coisas; eu acho até que a minha área, a área da saúde mental, ela acaba ficando um pouco engolida demais por esses tratamentos emergentes. Eu acho que deveria ter atuações programadas num outro nível, mas o que acaba acontecendo mais é isso.>></p>

<p><< E o crescimento eu olhava pelo peso e pela altura e também por alguns outros dados. Se tivesse doente dava um remedinho, essas coisas, dente se tivesse estragado, mal escovado. Quando tinha dente estragado a gente encaminhava a mãe prá marcá com a dentista. Às vezes assim... duas crianças pela idade eu achava que tinha algum problema porque era uma criança que ela não sorria, não brincava, não conversava... Sabe, a gente tem uma base do desenvolvimento, porque geralmente a criança quando entra no consultório a gente já tá brincando co'a criança, então conversava, ela ficava calada; brincava, ela ficava quieta. O dia lá passando ... aí eu perguntel pela mãe, não era co'a mãe que vinha, veio c'uma mulhé que... que criava... Já outra criança você dá um sorriso prá ela, um carlinho então ela também te recorreponde. Essa me chamô atenção também porque eu olho os olhos também, então se as criança tem algum problema a gente percebe...>></p>	<p><< ...eu não consigo ver além daquelas coisas tradicionais de pesar, medir, da criança tá retornando aqui todos os meses prá... prá acompanhá se o tamanho dela está de acordo com a idade, o peso, se ela tá com alguma doença, então eu não sei, eu sei muito superficialmente que tipo de trabalho se faz aqui e o que que ele oferece prá crianças.>></p> <p><< ...em relação a unidade como um todo eu não sinto que exista dos médicos, mesmo do pessoal da vacina, de quem faz AE, eu não sinto que exista essa mesma disposição de ouvir.>></p>
<p><< não tem água em casa, não tem luz, não tem nada, não dá nem prá falá prá mãe a senhora tem que dá banho no teu filho; a diarreia; olha tem que a lavá a mamadeira muito bem lavadas, né, esse tipo de coisa.>></p> <p><< O acompanhamento ajuda porque mede e pesa; o médico explica as condição de alimentar, explica tudinho, tudinho o que precisá. Aí a mãe não vai tê dinheiro prá comprá carne todo dia, mas ele faz alimentação mais ou meno como... como as condição do pessoal daqui, cada um cada... fala o que é bom e o que é ruim prá saúde. Então ele explica direitinho, a mãe segue o... segue rigoroso se qué...>></p>	<p><< ...vou falá sem conhecê bastante, só que assim à primeira vista assim a... bem no grosso parece, posso cometê grandes erros, o que parece prá gente é que cuida de polho, de sarna, de comprimento, de altura, de peso, de... sei lá, talvez de assadura.>></p>

♦ Práticas Institucionais Idealizadas

Conforme pode ser observado nos dados quantitativos, as categorias relativas as *práticas desejáveis* do Estado aparecem com destaque, diferenciando o grupo IT do grupo GPS. São referidas como práticas necessárias para a promoção da saúde da criança as ações de caráter compensatório, tais como suplementação alimentar para as famílias e oferta de medicamentos. No

entanto, o que merece destaque é a referência à responsabilização do Estado, tanto com aspectos de infra-estrutura de vida, tais como saneamento e transporte, quanto a melhoria das condições de vida através de políticas de emprego e de desenvolvimento econômico.

Observa-se, através das categorias mencionadas, o destaque de concepções macro-sociais no grupo IT e pouco presentes em GPS, principalmente quando se trata de núcleos de discurso que se referem a representações idealizadas. A ambigüidade referida na análise das práticas profissionais pode ser observada apenas no confronto dos planos real e ideal dos discursos.

< < Seria problematizar ou conduzir essa população da qual as crianças fazem parte, de quão importante são as condições... as condições materiais mesmo, as condições de sobrevivência. > >

Quanto as práticas desejáveis para a UBS, observa-se como elementos definidores o destaque à *tecnologia do trabalho* e o enfoque de *atenção à saúde coletiva* realizada junto a comunidade como "locus" preferencial da ação dos serviços.

Ao tratar das tecnologias desejáveis para o trabalho, este grupo assume uma posição preventivista, destacando a valorização da atenção precoce à criança e seu acompanhamento; o privilegiamento de atividades educativas em grupo e o deslocamento de atendentes e auxiliares de saúde para atividades educativas (atendimento de enfermagem e grupos educativos). A atenção individual é pouco referida deixando emergir uma clara opção pelas ações de promoção da saúde coletiva, desenvolvidas junto a comunidade, ou seja, uma clara opção pelas ações "extra muros" da UBS, localizando como principal "locus" de cuidado, as escolas e as creches. Essa opção pelas ações de saúde coletiva, enquanto caminho para a promoção da saúde da criança, vem acompanhada de certo descrédito para com as ações de caráter individual. A educação em saúde desenvolvida junto a comunidade é a tecnologia destacada para a prevenção de patologias, através de um manuseio mais adequado das condições ambientais e sociais, e também enquanto instrumento de conscientização política da população.

Neste núcleo analítico fica clara a opção pelo trabalho comunitário presente neste grupo, não apenas o trabalho de militância política, mas também de atenção à saúde a partir da comunidade, revelando uma postura específica dentro da área da saúde que não expressa um pensamento particular, mas

generalizado no grupo. Tal opção, no entanto, parece menos clara nos discursos sobre as práticas reais, reforçando a hipótese de existência de uma relação de contradição entre o real e o idealizado, e também as dificuldades de efetivação de propostas, mesmo quando essas são consensuais. Um outro elemento importante que pode auxiliar nessa análise é a referência destacada à necessidade de um trabalho em equipe, de um trabalho integrado, quando a prática referida é a da dicotomia fazendo pensar que as dificuldades de comunicação entre as equipes de trabalho talvez possam ser um elemento imobilizante para a concretização das propostas.

- Sobre o caráter preventivo da saúde

< < Poderia assim: levando essas noções de higiene, noções de melhora de condição de vida, mesmo sem o poder aquisitivo aumentado, mas levando os conhecimentos às pessoas prá que ela tenha uma vida melhor no seu dia-a-dia. > >

- Sobre o modelo assistencial e a tecnologia do trabalho:

< < Eu acho até que esse cronograma que a gente tá compondo, ele pode ser melhorado se a gente conseguisse introduzir atividade de puericultura em grupo e atividade de atendimento de enfermagem, enfocando aí puericultura. Isso porque você poderia aumentar o alcance do atendimento... melhorá a questão da demanda e eu acho que sem perda de qualidade... talvez até com um ganho muito grande de qualidade porque a gente pode globalizá mais as discussões, fazê com que as mães aproveitem uma das experiências das outras. > >

- Sobre a ação ideológico/comunitária:

< < Eu acho que a função da Saúde Pública é orientação do povo, orientação da população... > >

< < Eu acho que se a gente conseguí chegá na creche, vai sê um momento que a gente podê tá levando essa preocupação de desenvolvê programas de... de estimulação ambiental, de estimulação social. > >

< < ...o que nós temos pensado é até que ponto o leque de quem se beneficia não fica restrito dessa maneira. ...se não seria o caso da gente tá saindo até da unidade, indo em todos grupos lá dos bairros, tá ampliando, tá trabalhando em creches, tá trabalhando em escolas, porque as creches e escolas são muito grandes e as crianças pouco tem de problemas de inteligência, de percepção ou de conhecimento. Elas tem recursos, então acho que o problema não é bem a criança, parece que é uma coisa mais ampla muitas vezes. Algumas vezes não, algumas vezes a criança precisa de um apoio, os pais precisam de orientação, mas tá muito ligado à questão da pobreza, da carência... > >

< < ...procurá fazê algum diagnóstico de comunidade... Por exemplo, você pode demorá quinze minutos em uma consulta individual e trabalhá com uma criança ou uma família; você pode perdê uma hora num trabalho de grupo e trabalhá dez ou quinze famílias. Você pode trabalhá quatro horas com um grupo de professores e influenciá duzentas famílias. Quer dizer, são formas que você vai tendo de alargá a atuação, e entendendo bem a gente como elementos que devem estar influenciando a sociedade, tá atuando realmente, tá democratizando o conhecimento que a gente tem... > >

- Sobre o papel do Estado:

<< ...aqui dava leite antigamente, agora cortaram o leite, tinha a cesta básica, também cortaram... Agora eu não sei, agora cortaram tudo, então eles não têm mais nada. Então só tem mesmo ajuda mental, porque a estomacal...>>

<< ...eu acho que o Centro de Saúde já faz coisas de mais, eu acho que o Governo é que não faz. Acho que o Governo deveria ...ele fala em saúde pública, mas na realidade acho que a gente brinca de saúde pública. ...eu acho que não tem nem tempo para os médicos ficarem aqui, acho que a saúde seria obrigação do Governo, então eu acho que desde água e saneamento básico, que o povo não tem, isso é mais do que saúde...>>

4.1.2. Profissionais GPS

Não se observa na caracterização das práticas desenvolvidas por este serviço, uma distinção tão clara das duas funções afirmadas no grupo anterior em lugar disto a seguimentação se dá pela afirmação de posições diferenciais de poder entre um grupo profissional dominante e os "outros profissionais universitários" não participantes do primeiro. Defini-se, desta forma, um grupo que se responsabiliza e é responsabilizado pelas ações de recuperação e de promoção do crescimento e do desenvolvimento neuro-psico-motor das crianças, ou seja, pelas atividades programáticas. No entanto, tal responsabilização não é apresentada em oposição à promoção da "saúde da mente" ou "da saúde integral". Participam da "equipe de porta", ou seja, os profissionais que respondem, no cotidiano, pela demanda à assistência à saúde, os médicos e os auxiliares de saúde.

Caracterizadas por atribuições técnicas específicas e também por um determinado "modo de olhar" a criança enquanto um ser integral, ou seja, não há consenso sobre a afirmação de reducionismo de tal trabalho, conforme observado no grupo anterior.

Por outro lado, a equipe dos profissionais universitários apresenta uma constituição diferente do grupo IT, não configurando claramente um segundo grupo ao tratar das práticas do serviço. No entanto, o reconhecimento de um certo grau de poder conferido à "equipe de porta" parece ser consensual gerando, inclusive, lutas para a inclusão de outros profissionais nesse grupo, ou mais precisamente para uma maior distribuição de tal poder, que em última instância se refere ao poder médico, apesar das características particulares que a atividade ou espaço médico assume nas UBS.

Portanto, pode-se observar muito mais um momento de luta pela redefinição dos espaços profissionais e também do poder simbólico do que a

oposição entre equipes, uma vez que o grupo profissional aqui tratado refere uma história de trabalho conjunto, apesar de não se configurar, no atual momento, como uma equipe multiprofissional.

PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS SOBRE O PSC	PROFISSIONAIS DA EQUIPE "DE PORTA" SOBRE O PSC
<<... esse Pronto Atendimento, eu acredito nele, eu acho importante a clientela ser atendida, mas eu acho que aqui não pode virar um ambulatório.>>	<< ...o atendimento até que não é mal aqui, o atendimento é bom, mas tá piorando depois desse Pronto Atendimento, então não é nem só a consulta, como a pós-consulta ultimamente está sendo meio assim corrida...>>
<< Mas eu sei que existe aquela idéia, pelo menos a inicial, era de programa mesmo, como foi e tentou-se implantar aquela idéia de crescimento e desenvolvimento, a gente tentar fazer com que a criança cresça o mais saudável possível e por isso que a gente envolveu toda área, todas as pessoas tavam envolvidas nisso aí, a gente -pelo menos naquela época da implantação-, a gente percebia que todo mundo tinha o mesmo interesse, desde as auxiliares até o médico, quer dizer, participavam e a gente tinha contato...>>	<< ...eu acho assim que é muito importante esse controle dentro do Programa que nós fazemos, temos toda essa parte de orientação, parte informativa, parte de acompanhamento. E então eu acho que é importante o controle da criança...>>
<< acho que tem uma programação, acho que até está sendo feito um bom trabalho, quer dizer, tem toda uma programação, um cronograma prá crianças virem passar pelas consultas... tem os grupos, os grupos estão sendo feitos, atendimento de enfermagem, isso tudo está sendo feito... Eu acho que está sendo feito um programa, tem uma proposta e eu acho que é feito de acompanhar o desenvolvimento, de ouvir essas mães...>>	<<...tem a minha parte, tem a parte da recepção e tem a parte da pós, principalmente a pós quando faz grupo a gente vê assim uma parte ligada não só porque que a criança tá restrita, você tem que pingar remédio no nariz, existe toda essa preocupação que eu não vi em nenhum outro lugar, quer dizer, fazer um grupo com crianças no décimo mês, fazer um grupo com crianças no décimo quinto mês, fazer um grupo onde as mães se reúnem prá discutir aquele problema, discutir aquela fase de desenvolvimento, onde existe um maior... um maior aporte prá mãe.>>

<p><< o foco é trabalhar no começo da vida, justamente porque aí é que tem mais possibilidades de... de atuar também em termos preventivos, no sentido de favorecer um desenvolvimento. Aquil o que a gente tem pensado... dentro desses fatores todos estão a saúde física e o estado nutricional que é um fator importante então eu acho que o Programa tem que atuar nisso, tem que deixar na medida do possível a criança em dia com a saúde física...>></p>	<p><< O Programa atual que a gente tá seguindo é um que já existia e que está em estudo atualmente, ele tenta visar que a criança tenha um acompanhamento clínico do seu desenvolvimento, crescimento clínico, psicológico desde o nascimento.>></p>
<p><< ... Então o que que acontece no Programa: as crianças virem, ter a parte de crescimento, esse dado é recolhido mas eu não sei como que está sendo avaliado, eu não sei se é um dado que é avaliado. A criança recebe um cuidado quando está doente, se ela tem alguma queixa há uma intervenção em cima disso, tem algumas orientações gerais que devem estar sendo passadas mas que eu não sei exatamente quais são, mas eu sei que isso tá acontecendo através de grupos ou de pós-consulta ou na consulta médica ou alguma coisa a nível de orientação, mas não sei com que padrão que está sendo passado.>></p>	<p><< E aí nós vamos orientando a mãe, tentando criar... o que a gente tem lutado aqui mais é que a mãe não falte tanto em consultas, que elas criem..., que vir ao médico seja uma rotina pra elas, pra acompanhar o desenvolvimento mesmo da criança, ver como é que está o peso, como que está a comida.>></p>

◆ Práticas Institucionais Idealizadas

A análise comparativa dos dois grupos deixa antever poucas similaridades e reflete o momento histórico de cada equipe de trabalho e de cada serviço. Neste grupo não são destacadas as ações do Estado e as atividades de caráter comunitário, reforçando a postura menos politizada e mais técnica deste grupo.

Pode-se destacar, enquanto elementos definidores da dinâmica do trabalho, os aspectos organizacionais e a tecnologia do trabalho; e enquanto "locus" de ação do serviço a atenção familiar.

<<eu acho que teria que ter lidando com essas três comunidades. Um é de trabalhar com a equipe que atende, o outro é de estar trabalhando com a mãe, e um terceiro de tá trabalhando com a criança. De estar... de certa forma uniformizando os conhecimentos.>>

<< Mas eu acho que o importante pra gente não é só ficar onde a gente fica aqui, é atingir uma expansão maior que é a casa da criança, o ambiente, o relacionamento de mães e filhos ...>>

As práticas desejáveis para o serviço que envolvem aspectos organizacionais são referidas por um grande número de profissionais, abrangendo elementos diversificados, tais como, as práticas de direção, destacando a necessidade de objetivos comuns entre equipe técnica e sua liderança; a necessidade de implementação de um trabalho programado, fazendo referência a um planejamento elaborado antes da realização das entrevistas, e a necessidade de "realizar o previsto" e de avaliar o trabalho desenvolvido, deixando antever um sentimento de inconformismo diante da situação vivenciada.

Outro aspecto que destacado é a necessidade de capacitação de recursos humanos auxiliares e de busca de uma linguagem comum aos técnicos do serviço afirmando, no entanto, a existência de um movimento nesse sentido. Parece despontar, neste serviço, a afirmação da necessidade de continuidade de um movimento já iniciado e talvez interrompido ao longo do tempo, tanto quando as referências são ao trabalho de planejamento da atenção à saúde, como à formação de uma equipe multiprofissional. Em lugar de desejo, expresso pelo grupo anterior, estes profissionais afirmam a valorização de algo já conhecido e a necessidade de sua continuidade.

Quanto à *tecnologia do trabalho* são destacados alguns elementos importantes: o deslocamento do enfoque da atenção médica individual para as ações educativas individuais e em grupo valorizando também, como no grupo anterior, os atendimentos de enfermagem enquanto estratégia educativa; a postura preventivista e ampliada da atenção à saúde da criança retraduzida na atenção à saúde do binômio mãe-filho; mais uma vez as tecnologias que possibilitam a atuação dos diversos profissionais na atenção à criança são destacadas.

Finalmente, ao tratar do "locus" de ação do serviço, a *atenção ao grupo familiar* é reafirmada, propondo o deslocamento do objeto de atenção do sujeito para a família, através do conhecimento e da intervenção em aspectos relativos ao ambiente e às condições de vida vivenciadas pelas mesmas. Destacam, ainda, que a atividade extra-muros da UBS deve ser centrada na atenção à família enquanto estratégia de atenção comunitária. A referência explícita aos equipamentos sociais, tais como escolas e creches, é feita apenas por um profissional abordando o trabalho da UBS enquanto elemento de informação técnica para esses equipamentos; a mobilização comunitária

enquanto espaço de ação dos profissionais de saúde não aparece neste universo, diferenciando-o do grupo profissional IT.

- Sobre o trabalho em equipe:

<< ...esse programa só vai acontecer e dar certo se a equipe estiver muito integrada, se a gente tiver na cabeça o mesmo Programa, porque muitas vezes acontece, acho, que existe um programa no papel e dentro da cabeça de cada profissional existe um programa diferente... >>

<< Eu acho que manter aquela idéia inicial, que a gente tava na época da implantação que seria todo mundo ser envolvido, quer dizer, era médico... a gente discutia com médico, com auxiliar, porque cada um tem uma experiência e a somatória dos diferentes profissionais com aquela mesma preocupação, quer dizer, aquela preocupação com a população, eu acho que era muito bom.>>

- Sobre o modelo assistencial e a tecnologia do trabalho:

<< Mas eu acho que o importante pra gente não é só ficar onde a gente fica aqui, é atingir uma expansão maior que é a casa da criança, o ambiente, o relacionamento de mães e filhos ...eu não acho que esse controle médico... faz parte, talvez seja o mais importante de todos, e a gente complementar com as informações, com orientações e tudo isso, desde que nasce, antes de nascer com a própria gestante e até a idade escolar. Isso eu acho que deve ser o trabalho assim, entre o Centro de Saúde, o serviço e a comunidade juntos...>>

<< ...você iria fazer uma visita na casa pra você vê de uma maneira geral tudo: as condições de vida da criança, a situação sócio-econômica, a relação mãe e filho, irmãos, ver o ambiente familiar da criança, pra ver onde ela vai ficar, o relacionamento disso... porque você conhecendo a criança, vendo é mais fácil, você já poder transmitir as coisas, orientar aquilo que você tem que orientar. Então a partir dela, dentro da nossa programação do grupo, de consulta médica, pós-consulta, orientação, do acompanhamento extra atendimento médico, de incentivar nisso, uma importância desse tipo de acompanhamento. Eu acho que isso ajudaria mais, porque você conhece a criança, porque quando vê a criança fora daqui no local dela, o seu comportamento muda.>>

- Objetivos comuns e programação das ações:

<< Acreditar que é capaz de fazer e de que isso é necessário, que nós somos capazes de interferir nisso. Eu acho que eles não acreditam muito, acho que a nível de chefia não tem muito essa frente, ou não tem a visão dirigida pra esse lado, assim uma coisa muito mais assistencialista.>>

<< eu acho que estando sistematizado o programa da Saúde da Criança, seria por aí, mas um programa realmente com a participação da equipe multi-profissional. Eu acho que é muito pouco ficar limitado assim na consulta, pré e pós consultas e esses grupos. Eu acho que precisa ter a participação, mesmo que na retaguarda, do pessoal técnico, discutindo... fazendo uma supervisão com as auxiliares. Eu acho que é importante ter um programa sistematizado e funcionando...>>

<< Acho que todas as pessoas deveriam estar envolvidas nesse programa, na elaboração mesmo dele, no estudo dele, e ter alguém que cobre de certa forma. Cobrar não é chegar e falar: tá tudo errado, tá uma porcaria; mas chegar e avaliar... ver onde está o errado onde está o certo, o que foi que não está certo e porque que não deu certo, como corrigir...>>

4.2. Representações Maternas

4.2.1. Mães IT

A partir da análise do material discursivo das mães deste serviço observa-se algumas particularidades que definem o perfil das relações estabelecidas entre UBS e usuário. Ao contrário do que se observa no grupo GPS, os vínculos estabelecidos entre instituição de saúde e usuários não se caracterizam pela relação de confiança, ao contrário, pela oposição entre profissionais/instituição e população usuária.

No que se refere especificamente à atenção à criança, observa-se uma relação de conflito e de antagonismo marcada, tanto pela imagem negativa do serviço, quanto pela sua incapacidade em oferecer respostas às demandas trazidas pela população. Manifesta-se aqui o antagonismo existente entre as representações profissionais e as representações maternas, ou seja, apesar de os profissionais reconhecerem com certo grau de ambigüidade um papel específico para si próprios e para a instituição de saúde, tal papel ou função não é igualmente visualizado/reconhecido pelas mães entrevistadas. Estas, algumas vezes, assumem uma postura discriminatória para com seus próprios pares, reforçando a relação de subordinação entre mães e profissionais, e a violência simbólica exercida pelos últimos.

<<A maioria das pessoas que vão lá [o Posto de Saúde] é carente. Elas vão ali porque não têm condições de pagar um médico. O meu marido tem INPS, eu poderia usar o INPS mas eu não gosto do médico do INPS, porque uma vez me tratou mal. Eu acho que toda vez que eu for lá ele vai me tratar mal. Eu gosto muito da doutora Dirce e gostava muito do doutor Glino. Então é questão de confiança no médico. Mas a maioria das pessoas que vão lá, não é porque tem confiança no médico, é porque elas tem... elas não tem condições de pagar um médico.>>

<<Vamo slipô, Iguarzinho os meu, eu tô sem o leite hoje p'as criança hoje aqui, se eu chegá lá e falá: Ó não tenho, eles vai falá assim: "ocê tá é... é c'um mentira" e é uma coisa que eu achava que eles tinha que fazê mais uma coisa mais pá vê... pá ajudá quem precisasse e não quem... quem não precisasse.>>

<<...quando eu vô levá ele no médico como sempre eu levo eu pergunto o menino como é que tá, porque os médico não costuma falá nada...>>

As ações desenvolvidas pelo serviço são pouco referidas pelas entrevistadas, uma vez que ao serem questionadas sobre as atividades existentes, respondiam quase sempre referindo-se às ações desejáveis ou necessárias para a garantia de uma atenção adequada à saúde da criança. Destaca-se, no entanto, que ao referir-se às ações educativas as respostas são claras:

<<Bom, aí no Posto eles têm a tabela de desenvolvimento e tudo, mas eu não confio muito naquilo não. Não confio porque aí no caso se eles acham que a criança não está desenvolvendo, eles não ensina prá gente uma maneira da gente fazê que a criança se desenvolva melhor. Eu acho que aí no caso eles teriam que ensiná prá gente, dá orientação. Principalmente a gente que é novo, tem o primeiro filho, a gente não tem muita noção. Acho que eles deveriam dá uma noção pra gente podê aprendê, ensiná a gente.>>

Apesar dos traços destacados e convivendo com estes, observa-se em IT, da mesma forma que em GPS, uma postura de reação à relação de dominação estabelecida pelos serviços, postura esta que reconhece e valoriza o saber materno.

<<...se eu tivé essa oportunidade d'eu encontrá uma orientação eu quero pá eu passá p'a minhas fia, po'a minhas nora. E tamém sabê se a orientação que nasceu dentro de mim, praque ninguém me ensinô. Quem me ensinô foi eu mesmo co'as minha parição mesmo. Eu posso querê uma orientação p'eu sabê se é verdadeira a que eu tenho.>>

<<Então a médica falava: "a senhora não tá cuidando bem dessa menina, ela não tá crescendo, o peso dela não tá batendo" Eu falava: ó, se o peso dela não batê é porque ela não chega a esse peso mesmo. Eu acho que ela vai chegá numa idade que ela vai procurá o peso dela.>>

♦ Práticas Institucionais Idealizadas

A análise quantitativa anteriormente apresentada, expressa com clareza o pensamento materno sobre o que esperam das UBS. O universo imaginário apresenta-se como complementar ao universo real, exemplo disto a referência às ações educativas destacadas como muito importantes para a promoção da saúde da criança e como uma das principais necessidade reconhecidas pelas mães. Ao analisarem o perfil do agente educador, destacam tipos que expressam a atribuição de conhecimento ou o reconhecimento de um determinado poder sobre o conhecimento. São destacados três agentes: os auxiliares de enfermagem (atendentes), o médico pediatra e uma pessoa sem qualificação específica reconhecida pelo poder de comunicação, de "passar coisas boas", sensibilizar as outras mães. Ao assumir essa posição o grupo aqui analisado atribui aos seus iguais o poder sobre o conhecimento, estabelecendo uma cisão, uma oposição conceitual e representacional à subordinação ao saber técnico-científico.

<<...devia tê as moça lá prá... assim ensinada, prá falá prá gente. Devia tê uma reunião assim cada mês. Sei lá, pelo menos umas duas, três reunião prá gente sabê, o que que é desenvolvimento da criança, que comida que a gente pode dá mais prá criança, o que é forte, é bom prá criança... Eu sei muita coisa, mas eu quero sabê mais.>>

<<Os médico mesmo podia conversá mais com as mãe, perguntá como é que tá o desenvolvimento da criança. Igual esse menino meu tá com... vai fazê três anos, não fala direito ainda e o médico num pergunta prá mim porque que ele num fala ainda direito. Então, se o médico mesmo do Posto de Saúde se comunicasse melhor com a gente, haveria uma saída prá gente.>>

<<Reunião com as mães e nessa reunião a mãe leva as criança e o médico vai vendo qual é o jeito que tá as criança, até no desenvolvimento assim, no traje... Que eu acho que nessas reunião que ele fizesse com as mãe e talvez até com os pai também, porque tem muitos pai que precisa, ele poderla notá como é que tá sendo as criança, se as criança tão bem tratada, aquelas criança que são assim mlúdas... Então acho que ele perceberia e dali em diante ele começaria a dá uma força prá mãe, explicá prá mãe como fazê...>>

<<...um pediatra, porque ele estuda e aprende tudo sobre as criança.>>

Um segundo aspecto particular deste grupo refere-se à expressão das carências vivenciais nas relações entre UBS e comunidade. Desta forma, as duas categorias de ações referidas representam as carências cotidianas experimentadas, alimentação e medicamentos. Destaca-se que o aparecimento dessas categorias não reforça algumas hipóteses levantadas pelos profissionais, tal como a da medicalização das ações de saúde. O que se pode observar é que elas expressam a associação de carências múltiplas ao perfil de saúde das crianças, por um lado, e o reconhecimento de seu caráter público e uma atribuição de um papel de suplementação a mesma, e ainda uma associação direta entre alimentação e perfis de saúde.

<<...remédio, isso assim a gente precisa muito. Tem horas na vida que você passa o filho no médico e ele não tem remédio. Tem horas que você prefere não í do que não tê o dinheiro pá comprá, você só vai gastá o tempo.>>

<<Eu acho que é uma alimentação que muitas mães precisa, de uma ajuda prá o desenvolvimento e crescimento de uma criança.>>

<<...ele podia tê umas aula p'ás mãe, p'á muitas mãe desentendida. Pruque tem mãe que só tem o nome de mãe. Ela não sabe o que é criá o fio; ela não sabe o que é fortalecê aquele fio, é educá aquele fio, é mamentá.>>

4.2.2. Mães GPS

Conforme destacado acima, a análise discursiva deste grupo revela-se rica na relação que expressa. As falas são transparentes em seus conteúdos revelando a existência de uma relação de confiança entre instituição e usuários opostamente ao observado em IT.

A partir da percepção das mães deste grupo, o serviço de saúde é reconhecido enquanto "locus" de desenvolvimento de ações de saúde, sobretudo de ações educativas. São referidos dois conjuntos de ações

oferecidas para o grupo infantil: as *práticas de educação em saúde* e as *práticas de acompanhamento e de promoção da saúde*.

As *práticas de acompanhamento e de promoção da saúde* são associadas a prática médica, em quase todas as entrevistas, com algumas referências à vacinação. Na ótica das mães entrevistadas as ações médicas dão os parâmetros de normalidade da saúde, do crescimento e do desenvolvimento infantil, parâmetros esses que servem de balizamento do "bom" e do "mal" estado de saúde e, portanto, do grau de adequação do cuidado dispensado à criança; essas práticas são ainda associadas a *prescrição de comportamentos* adequados, de medicamentos que melhorem o perfil de saúde. Observa-se que ao falar da saúde da criança, o grupo de mães expressa os pilares a partir dos quais aceitam, rejeitam ou diferenciam a relação médico-paciente:

<<...a pediatra delas é a Dra. Joana, porque eu tenho mais facilidade de comunicação com ela, sabe, mas o Dr. João, eu respeito muito a opinião dele porque ele é um médico antigo e ele não precisa ficar examinando a criança pra saber o que a criança tem, então quando o negócio tá meio apertado assim no caso que eu acho que o negócio é meio grave, eu passo nele. Apesar que é totalmente diferente a conduta dele e da outra médica, porque o Dr. João é muito de remédio, de remédio prá tudo e a outra não...>>

Quanto à *valorização do trabalho desenvolvido* observa-se o reconhecimento de características diferenciais entre os profissionais, no entanto, essas especificidades não são avaliadas a partir dos pólos positivo e negativo. Ao contrário, o serviço e o trabalho desenvolvido pelos seus profissionais são respeitados e valorizados, expresso pela relação de confiança depositada nos mesmos. Essa relação de confiança, e também de subordinação, aparece expressa pelas mães entrevistadas:

<<...eu nunca me esqueço uma época, ela precisava tomá xarope, tinha uma outra médica no Posto e a médica não quis dar xarope pra ela. E essa médica foi sensacional porque ela procurou uma receita de xarope que eu podia fazer em casa prá dá prá Joice. Ela me trouxe a receita certinha, ela me trazia a receita de alimentação pra minha filha, quer dizer, acho que isso é o tipo de coisa que a gente precisa.>>

<<...aquilo que eu tenho dúvida e qualquer coisa que eu peço que pareça complicado eu já chego na médica, já pergunto e ela sempre me orienta, se tá com algum probleminha ela já vê, dá um remedinho e eu procuro dar direitinho...>>

Observa-se, nos destaques discursivos acima, a definição de um espaço particular de ação das UBS, ou seja, o *trabalho educativo*. Esse espaço de ação é associado com o trabalho dos auxiliares de saúde principalmente, fazendo poucas referências à participação do médico ou de outras categorias profissionais no mesmo.

Segundo essa concepção, o trabalho educativo seria o principal papel das UBS e ainda teria uma função particular, ou seja, a de "prescrever comportamentos". Observa-se que a "prescrição" aparece como um elemento comum às mães e aos profissionais de saúde quando expressam o objetivo do trabalho. No entanto, essa relação que parece ser de *subordinação compartilhada*, carrega um conteúdo implícito observado nos discursos maternos, qual seja, a expectativa de respeito mútuo e o reconhecimento da existência de dois saberes, o técnico e o do senso comum.

Pode-se observar, portanto, que os objetivos do trabalho desenvolvido pela UBS são associados a três funções: prescritiva, reforço de práticas corretas e informativa.

<<E: E você acha que tem algum profissional específico que poderia estar orientando?
S: Ah... Não, eu acho que não precisaria ter um porque acho que todos nós somos profissional, eu penso assim, todos.>>

<<...no Posto é o seguinte, a gente só tem aquilo que você procura, entendeu?>>

<<...o Centro de Saúde é próprio disso, que é pra orientar a gente de tudo quanto é forma né, eu acho muito bom isso.>>

<<... quando a minha irmã deu a mamadeira pra ela então, que ela tomou a mamadeira de 150 ml todinha, então eu não aguentei mais, eu chorei, eu tava matando a minha filha de fome e ninguém me falou, mas ninguém me disse. Então você sabe, eu achava que pelo tamanho dela, que ela era prematura, pequenininha, eu achava que ela não ia mamar tanto e ninguém me falou nada. Olha, quando eu me lembro, eu me sinto culpada até hoje com isso, te juro, mexe comigo até hoje. Porque? porque foi falta de alguém chegar pra mim e me explicar, poxa!>>

<<...o grupo de 8 meses, de 4 meses, todos os grupos que fazem eu participo, eu acho que é muito importante isso. É que nem eu falo, os antigos que falam, antigamente não tinha nada disso, isso é frescura, mas eu não, acho que é bom poder cada vez mais aprender sobre as crianças...>>

◆ Práticas Institucionais Idealizadas

Seguindo o mesmo mecanismo representacional das mães IT, este grupo expressa, nas ações reconhecidas como desejáveis para os serviços de saúde, as carências identificadas no cotidiano, ou seja, a falta de informação sobre os processos de crescimento e de desenvolvimento infantil, educação dos filhos e nutrição, e a necessidade de apoio psicológico (ou dificuldade de acesso a esse serviço) para o tratamento de dificuldades pessoais e de relacionamento familiar. Pode-se observar que este grupo de mães não experimenta as mesmas condições de vida que o grupo IT, onde as carências reconhecidas estão diretamente associadas às condições objetivas de vida.

Ao tratar das atividades de educação em saúde, as entrevistadas reconhecem a existência dessas atividades no serviço, mas referem a necessidade de melhor implementá-las e de ampliá-las, possibilitando a adesão de outras mães. A atribuição de conhecimento se dá de forma similar ao grupo IT, sendo destacados como agentes educadores: "pessoa instruída para passar coisas boas", os auxiliares de enfermagem, a nutricionista, o psicólogo; o médico não é diretamente referido, apesar de reconhecerem seu papel educativo.

<<...ter uma pessoa especialmente pra vir conversar com essa mãe, por exemplo, a criança passou no médico, uma pessoa que orientasse a mãe. Orientar, explicar, conversar, que criar um filho não é nenhum bicho de 7 cabeças, mas você tem que fazer da maneira certa...>>

<<...deveria ser uma pessoa instruída, bem instruída, uma pessoa que realmente tivesse condições de passar coisas boas pros outros...>>

<<...orientação de psicólogo, isso é muito importante, porque aqui nessa cidade é difícil quem não tem seus traumas, suas coisas, então às vezes a gente conversando é bom, sabe, a gente devia dedicar um tempo sempre pra conversar sobre a vida da gente. E essas conversas deveriam se para os pais e pros filhos também, mas principalmente para os pais, porque eles orienta os filhos...>>

VII. ENSAIO DE INTERPRETAÇÃO

A saúde da criança é entendida, neste trabalho, como processo macro e micro-determinado, no qual as práticas maternas, as práticas profissionais e o perfil institucional são alguns dos elementos que conformam o nível micro-social no qual as práticas dos sujeitos sociais se efetivam e ganham sentido. Expressam, desta forma, a trama simbólica e "atitudinal" subjacentes as ações do cotidiano onde são forjados os diferentes perfis de saúde da população infantil.

Partindo dessa premissa, pode-se tecer algumas interpretações relativas aos elementos empíricos e teóricos presentes neste trabalho.

1. Quanto às representações sobre as práticas maternas

Nesta interpretação parte-se do entendimento da saúde enquanto objeto sócio-cultural, em torno do qual se dá o conflito entre atores sociais. Desta forma, esse conflito pode ser visualizado no confronto da auto-representação materna com a hetero-representação profissional sobre a configuração das práticas maternas.

A análise discursiva dos dois grupos de mães, fez emergir três planos teóricos dentro dos quais as representações podem ser entendidas: as *práticas de socialização*, os *agentes socializadores* e as *condições de socialização*.

As *práticas de socialização* são caracterizadas pelas categorias participantes do "sistema de cuidados maternos", retraduzidas em práticas efetivadas e idealizadas. Os *agentes socializadores* são identificados nas categorias de auto-imagem e papel materno, práticas familiares e atribuição de conhecimento. As *condições de socialização*, plano teórico bastante referido pelas mães, são expressas pelas mesmas nas categorias de auto-imagem materna, estrutura emocional dos pais, práticas dos equipamentos sociais e

condições materiais de vida e moradia. Entre os profissionais, esse plano de análise traduz-se nas categorias das práticas relativas ao serviço de saúde e de determinação das práticas maternas.

Observa-se que a abordagem de cada um dos planos citados ocorre em momentos distintos dos discursos analisados. As práticas de socialização são referidas, igualmente, enquanto práticas idealizadas e efetivadas. Isto indica uma familiaridade das entrevistadas para com as mesmas, uma vez que sua objetivação é possível no plano vivido e também no imaginário materno. Os agentes socializadores são reconhecidos apenas no plano real, o que reafirma a importância e objetividade dessa categoria teórica. Finalmente, as condições de socialização são afirmadas, sobretudo, no plano idealizado, o que revela pouca clareza, no cotidiano, sobre como essas condições se efetivam. Observa-se, porém, no plano ideal a valorização das mesmas.

As *práticas de socialização* expressam traços representacionais semelhantes entre as mães e os profissionais GPS. São, porém, melhor definidas pelo grupo de mães ao associar a categoria "estímulos" com "práticas educativas e relacionamento interpessoal". No grupo IT, as representações maternas são conflitantes, às vezes, com o pensamento dos profissionais. É dado uma maior ênfase às práticas associadas à alimentação e aos cuidados físicos nos dois grupos; porém entre as mães, as práticas de cuidados psico-emocionais apresentam destaque quantitativo e qualitativo, enquanto práticas desejáveis, o que não ocorre entre os profissionais. Nestes, mesmo no plano idealizado, as práticas de cuidados físicos ainda permanecem predominantes.

Nas *condições de socialização*, os traços representacionais são comuns no grupo de mães e profissionais, tanto no plano real, quanto idealizado. Neste aspecto, as condições objetivas de existência emergem como traço importante e determinante das necessidades associadas aos cuidados físicos, com destaque para a alimentação, no grupo IT, e para as condições de moradia, no grupo GPS.

Por outro lado, a auto-atribuição de conhecimento e a identificação das UBS como "loco" de saber, são elementos importantes para esta análise, uma vez que é a partir do reconhecimento de uma determinada fonte de saber, que o sujeito social se localiza no seu grupo. As mães entrevistadas reconhecem a si próprias como fontes de conhecimento, através da identificação de um "saber instintivo materno", ou seja, um saber resultante da experiência vivencial e do

fato de "ser mãe". Esta afirmação se dá mesmo em oposição a fontes de saber com maior reconhecimento social, tais como as instituições de saúde, ou os próprios profissionais.

Desta forma, reafirmam seu direito de ter papel ativo na definição "do que é bom para os seus filhos", ancoradas em sua condição de mães, por um lado. Por outro, elas se reconhecem *como sujeitos sociais ativos na relação que estabelecem com as instituições sociais, com a própria família e com o universo social do qual participam*. Assim, inserem suas condutas enquanto signos do comportamento social do grupo ao qual pertencem, ou seja, *reafirmam uma determinada orientação cultural nas práticas maternas relativas à saúde da criança*.

Na análise dos dois grupos de mães, IT e GPS, observa-se a preocupação subjacente e constante com a violência participando como "pano de fundo", ao mesmo tempo como condição e prática de socialização. Esta associação não foi observada nos relatos dos dois grupos de profissionais. Esse traço representacional parece estar associado ao cotidiano vivido, que se refere a agressão das condições de vida no grupo IT, e a agressão psicológica no grupo GPS. Isto porque as representações maternas são a expressão mais próxima das reais condições de vida das populações estudadas.

As análises efetuadas a partir dos discursos profissionais sobre as práticas maternas possibilitam a caracterização de elementos particulares e comuns aos dois serviços. Como elemento comum merece destaque o papel organizador das representações observado nas categorias de *práticas relativas à criança*, onde a estrutura representacional é expressa de forma explícita e às vezes escamoteada. Nessas categorias são revelados elementos que expressam o perfil do pensamento dos profissionais sobre as práticas maternas e também sobre os seus determinantes.

Os dois grupos seguintes de categorias, *práticas relativas ao serviço de saúde e determinação*, confirmam os traços representacionais desenhados acima, expressando o perfil ideológico dos profissionais que se revela e a ambigüidade intrínseca ao grupo IT, conforme já analisado.

Pode-se observar a expressão das instituições de saúde enquanto espaços sociais, ao fazer um recorte nas relações estabelecidas entre o saber profissional e o saber materno. Desenha-se nas representações profissionais, uma clara

delimitação de saberes ancorada no pressuposto de que a sociedade é organizada em torno de um conflito central entre os que dominam um modelo cultural, supostamente os profissionais, e aqueles que participam periféricamente desse modelo, neste estudo representados pelas mães.

Os perfis traçados pelos profissionais sobre as práticas de cuidados maternos são elementos ricos para essa discussão. Seus discursos definem uma oposição entre práticas adequadas e práticas inadequadas. Isto se revela na valorização das "práticas corretas" como resultantes do interesse materno em buscar orientações nos serviços de saúde, de aceitá-las e cumpri-las. Mais ainda, seu cumprimento é o indicador final de "sucesso" da intervenção e, portanto, de uma "boa maternagem". Nesta concepção, expressa-se uma postura acrítica e inflexível dos profissionais, já que as práticas definidas como "boas" pelo serviço ou pelo próprio profissional, são consideradas como o único caminho possível para o alcance de "condições de saúde adequadas" para a criança. Pode-se observar aqui a presença de um raciocínio de causalidade simples e, principalmente, um caso típico de exercício da violência simbólica, como traço importante da ação dos profissionais de saúde.

O saber do senso comum é reconhecido, apenas, quando reflete uma subordinação ao saber técnico-profissional; ou seja, é "fazer corretamente o que foi recomendado, buscar novas orientações sobre o que fazer", etc. Outra faceta importante é a inversão de posturas quanto à medicalização, qual seja: "a população busca a medicalização para resolver os seus males, mas nós sabemos que essa não é a solução..." Nessa afirmação revela-se, novamente, a oposição entre o que a população julga ser o seu problema e o que o profissional diagnostica como sendo o "real" problema, associado a uma prescrição. No caso das representações dos profissionais IT, especialmente, as ações educativas, de caráter preventivo, de tecnologias simplificadas, dentre outras, tomam o lugar do medicamento como arma e ferramenta dos profissionais e, também, enquanto única verdade possível.

A caracterização representacional do grupo profissional IT é expressiva, uma vez que revela a presença de elementos da sociologia clássica ao conceber um determinismo imutável das condições materiais de existência e da posição de classe sobre as condições de saúde. Esta postura teórica, de certa forma, anula o papel desempenhado pelos elementos mais próximos, aqui tratados como micro-sociais, nesse processo de determinação. Tal perfil representacional

parece estar associado ao momento específico do movimento social em Itapequerica da Serra e à participação desses profissionais em tal processo. Pois, conforme pode ser observado no anexo F, a equipe foi constituída entre o início de movimento social representado pela Pesquisa Participante e a realização deste trabalho.

A linha tensional das relações estabelecidas entre profissionais e mães, é afirmadas por essas últimas, parece não ter sido identificada pelos profissionais, até porque *as usuárias da UBS não são percebidas como sujeitos da própria ação. A concepção de uma Ideologia dominante que, aos olhos de quem a detém, deve se reproduzir, marca essas representações.*

As representações dos profissionais GPS parece aproximar-se mais de uma concepção que, com maior ou menor clareza, *identifica e valoriza o papel das relações Interpessoais e Intra-grupos na determinação do bem estar Infantil.* Aqui, a família deixa de ser reconhecida como responsável apenas pela transmissão dos valores da classe social à qual pertence, mas passa a ter um papel fundamental na formação da personalidade da criança, assim concebida, como fruto da interação social através das relações interpessoais, afetivas e das práticas familiares.

Os perfis representacionais maternos caracterizados nesta análise são de importância para as práticas profissionais; pois, conhecer as representações maternas pode significar uma maior aproximação às suas expectativas e necessidades e, portanto, resultar em uma maior eficácia ou sucesso de tais práticas. Além disto, significa uma mudança fundamental de postura diante da realidade observada e vivenciada, na qual as relações de poder não são anuladas. Mas passam a ter um sentido de superação para os profissionais; e um significado enquanto contradição, e não apenas de reprodução das relações macro-sociais pelas mães.

Um exemplo dessa aplicação pode ser encontrada nas representações sobre as práticas de cuidados e na auto-atribuição de conhecimento. Os contornos dessas representações podem, e devem, servir de base para o planejamento da atenção à saúde da criança, já que o substrato desses cuidados são as práticas maternas e essas têm por base as representações. Ao repensar as práticas educativas deve-se considerar que os comportamentos e as práticas dos indivíduos e grupos, representam um dos objetos possíveis para sua efetivação, e transformação. Tendo por pressuposto que as mudanças das

práticas estão intimamente vinculadas à transformação das representações e vice-versa, o conhecimento dessas representações pode guiar a escolha das estratégias a utilizar para a prática educativa. Mais ainda, significa dar um sentido à ação na qual o universo simbólico do indivíduo e do seu grupo social são respeitados e partícipes da ação educativa.

Adota-se aqui, portanto, uma concepção de educação que reconhece os sujeitos sociais como construtores de significados, e não apenas reprodutores de estruturas e modos de pensar supra-determinados. Esses sujeitos agem, no seu cotidiano de vida, a partir de uma significação social construída pelo próprio ator.

2. Quanto às práticas profissionais

Para GONÇALVES (1992) o trabalho em saúde organiza-se, de acordo com cada período histórico, em torno de modelos de ação com objetos de trabalho específicos determinando instrumentos, produtos e resultados. Esses modelos partem de uma certa definição de necessidades, previamente rotuladas como necessárias, sociais ou radicais. Por outro lado, cada modelo de atenção tem sua objetivação em um determinado processo de trabalho.

O conceito de processo de trabalho está intimamente ligado ao de tecnologia do trabalho, desenvolvido pelo mesmo autor. Este afirma que *"a tecnologia dos processos de trabalho é algo que se constitui dentro dos mesmos, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais. O seu estudo implica no saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, também lhe atribuem um sentido social articulado... refere-se ainda aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho..."*. (GONÇALVES, 1986, p. 6)

Nessa perspectiva, as práticas profissionais ganham sentido e contexto, enquanto ação intencional, institucionalmente localizada e socialmente determinada. Enquanto forma particular de agir no mundo, a tecnologia do trabalho em saúde é constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais, inseridos na produção de serviços de saúde.

Assim definida, a tecnologia do trabalho insere-se no processo de trabalho em saúde, que está baseado no princípio da existência de "algo antes" e "algo depois". Uma vez que o trabalho consubstancia-se em produtos e resultados este deve ser captado como instrumento teórico, que permite a identificação de elementos e dimensões pelas quais pode-se compreender a dinâmica das práticas de grupos específicos e da organização de uma forma geral. Cabe destacar que, nessa perspectiva, os indivíduos envolvidos no processo, ou seja, profissionais e clientes; são vistos como atores que constroem e negociam continuamente arranjos sociais através de sua vivência e de suas relações.

Consequentemente, ao focalizar o processo de trabalho é possível perceber as dimensões formais e informais presentes nas organizações e verificar como e sob quais facetas cada elemento se manifesta, seja ele técnico, político, social ou cultural. Dentre os elementos técnicos são considerados, por exemplo, as

normas prescritivas teóricas e tecnológicas, supostamente organizadas e orientados para a consecução de objetivos, para a obtenção de resultados. Os elementos sócio-político-culturais expressam-se, na perspectiva da tecnologia administrativa formal, como ruídos que embaraçam a racionalidade técnica. Elementos como conflitos, disputas, Irracionalidades, Intuições, capacidade de negociação e criatividade conformam as dimensões afetiva, e ideológica que se mostram, a um só tempo, competitivas, antagônicas e complementares. (PASSOS e AQUINO, 1995; RIVERA, 1991)

Ao conceber o processo de trabalho como uma perspectiva teórica que alicerça esta análise, dá-se ênfase ao agente, ator, sujeito ético mencionado por Gonçalves. Esse "sujeito ético", convive em uma determinada racionalidade que pode mostrar-se emancipatória ou não. Porém, é nesse *ambiente* que o sujeito age, sendo capaz ou não de transformar o processo de trabalho e as finalidade e necessidade que o determinam. Para captar essa mobilidade de ação, buscam-se elementos de análise que possibilitem o trânsito de uma dimensão técnico-teórica para uma outra dimensão de valores e significados.

A existência de uma dimensão ética é reafirmada pela característica particular do trabalho em saúde, uma vez que a geração e o consumo do produto desse trabalho se dão simultaneamente à *interação estabelecida entre profissional e cliente/usuário*. Daí decorre outra problemática, *"a efetividade dos serviços depende da aceitação, por parte do cliente, de uma interação produtiva..."*. (RIVERA, 1991, p. 171)

Cabe identificar o trabalho em saúde como trabalho coletivo, efetivado na atenção individual e coletiva, e aqui tomado como categoria de análise. No plano do atendimento individual, o conceito de "trabalho coletivo" é evidenciado no trânsito da clientela por programas e serviços supostamente hierarquizados por complexidade tecnológica. Ainda, pela interação de funções, ou seja, pelo desenvolvimento de um processo que envolve uma avaliação prévia, seguida de diagnóstico/informação - planejamento/informação - decisão, e finalizado com a ação. Isto num movimento cíclico e contínuo. (PASSOS; AQUINO, 1995)

Deve-se considerar, ainda, que o trabalho coletivo em saúde é também caracterizado pela fragmentação expressa, dentre outros aspectos, nos diferentes graus de controle corporativo, abrangência do seu campo de atuação, autonomia e formas de validação educacional e legal, e nas *distintas*

representações no imaginário social, seja essa imagem construída pela coletividade, seja auto-projetada pelos trabalhadores (auto e hetero-representação neste trabalho).

A análise das práticas profissionais aqui realizada fez emergir dois grupos que se diferenciam, no espaço institucional, pelas posições que ocupam e pelo embate que travam pelo domínio do objeto de trabalho. Emergiram, com maior clareza enquanto centrais nesse embate o "*grupo de porta*" ou também denominado "*grupo médico*" e o "*grupo de saúde mental*". Não se observou a constituição representacional de uma "equipe de enfermagem", definida como tal por suas atribuições conforme formalmente determinado. Ao contrário os enfermeiros e os auxiliares revelaram-se dissociados, constituindo posições particulares dentro do campo de forças representacionais.

É, portanto, dentro desse quadro de configuração teórica e das "posições ocupadas dentro do espaço institucional", que as práticas profissionais serão discutidas.

2.1. Equipe médica ou "grupo de porta"

A aqui nomeada "equipe de porta" constitui-se em uma construção teórica elaborada a partir das similaridades representacionais observadas após a realização da análise. Essa aproximação simbólica, reflete-se no papel e no lugar ocupado por médicos e auxiliares/atendentes dentro do espaço institucional.

As concepções observadas nos dois grupos profissionais, são bastante similares, possibilitando sua interpretação enquanto equipe autônoma e auto-determinada. Com relação à constituição deste grupo, deve-se considerar a histórica associação do trabalho da equipe de enfermagem ao Programa de Assistência à Criança (PSC), uma vez que as atribuições desse grupo profissional foram exaustivamente definidas nesse programa enquanto área prioritária de trabalho da enfermagem, o que não ocorreu em outras áreas de trabalho da saúde pública/coletiva.

Uma vez que a proposta educativa do PSC teve na puericultura seu conteúdo doutrinário, e no "follow-up" a base para a sua realização, a promoção da saúde da criança deixou de ser uma atividade restrita ao médico e invadiu, supostamente, as instituições de saúde em vários modos de ancoragem. Passaram a fazer parte das pré e pós-consultas, dos atendimentos de enfermagem, das atividades educativas em grupo, etc. Dessa forma, um determinado saber parcelar da puericultura passou a ser de domínio de atendentes, auxiliares, visitantes, inegavelmente mesclado com o saber do senso comum trazido por esses agentes.

Desta forma, as representações observadas da "equipe de porta", revelam traços que mesclam o conhecimento científico, retroduzido nas práticas médicas, com o conhecimento vivencial portado primariamente pelos auxiliares. É importante destacar que essas duas instâncias de saber se confundem e se transformam quando decodificadas e transposta para prática profissional cotidiana.

Considerando que a capacitação para a implantação das atividades programáticas do PSC, se esgotou na referência às próprias atividades, isoladas dos contextos programáticos dentro dos quais deveriam servir de meio à

consecução de objetivos pensados sobre a dimensão coletiva, é natural que a dimensão imediatista, das atividades, em geral a biológica, tenham apresentado uma maior visibilidade para os profissionais que as implantaram. Dessa forma, o que se observou nas representações profissionais foi o conteúdo introjetado desses mesmos processos de capacitação e/ou de outros desenvolvidos na UBS estudadas.

A visita domiciliar, ação que supostamente deveria levar a uma atitude ativa no conjunto do trabalho das UBS deixou, progressivamente, de ser realizada, tendo sido citada nos depoimentos como atividade distante e não incorporada às práticas cotidianas. Inicialmente sob a alegação de carência de recursos humanos e materiais, e ao longo do tempo tendo caído no esquecimento enquanto ação de saúde coletiva específica, foi relegada apenas aos casos mais graves de vigilância epidemiológica. Isso afirma um padrão tecnológico no qual a execução das ações de natureza "ativa" tem menor importância do que a realização do atendimento à demanda. Essa característica, apesar de observada nas representações analisadas, parece apresentar transformações, uma vez que observa-se uma inversão de tais valores na afirmação das atividades "extra muros", enquanto técnica desejável, associada à abordagem coletiva da saúde.

O atendimento de enfermagem (AE), por outro lado, que foi objeto de múltiplas concepções, como prática educativa, simplesmente não é reconhecido pelas mães dessa mesma forma em IT, onde essa atividade é rotineira. Nas representações maternas sobre as práticas dos serviços, esse tipo de estratégia não é identificada nem como consulta e nem como avaliação ou espaço educativo, ao contrário, ele é simplesmente ignorado e não reconhecido enquanto "atendimento". Apesar de, nos dois serviços, essa atividade ser destacada como de relevância pelos agentes que a executam e também pelos médicos, apenas em GPS, onde o AE reveste-se de característica eventual e essencialmente educativa, é reconhecido pelas usuárias. No entanto, sua nomeação não é específica revelando um espaço de "praxis" diferenciado da consulta médica, associada à troca e de ampliação e conhecimentos sobre o "cuidar de crianças".

Deve-se destacar que as análises efetuadas por SUCUPIRA (1981), reforçam os AE enquanto atividade burocrática, composta por pesar e medir a criança, sintetizando o objetivo real da procura aos serviços naquele momento histórico e

também as reais finalidades dos serviços. Para a clientela, a necessidade imediata se traduzia em "pegar o leite" e para os profissionais esta se traduzia em estratégia para o controle e a subordinação dos usuários. Essa hipótese foi parcialmente confirmada neste trabalho, uma vez que foram observadas duas situações distintas, ambas desvinculadas do fornecimento do leite. Na primeira, o modelo tecnológico clínico é reafirmado e as ações de promoção da saúde da criança não são identificadas pela população. Na segunda, a opção por um modelo que não se liberta totalmente do modelo clínico, mas que procura ampliá-lo, priorizando a ação educativa e a relação interindividual, é reconhecido nas representações profissionais e nas representações dos usuários do serviço.

Os dois modelos assistenciais referidos são objetivados na maior ou menor aproximação representacional de usuários e profissionais. Isto fica claro nas estratégias educativas adotadas pelos dois serviços enquanto "prescritoras de condutas e comportamentos". No primeiro, observa-se o que RIVERA (1991) assinala como sendo a participação do cliente através da aquiescência em transformar seu corpo em objeto de trabalho com a consequente aceitação de prescrições e condutas. Isto é observado neste estudo, uma vez que as mães também referem a prescrição de condutas como objetivo desejável das práticas educativas. No segundo serviço, não é observado o mesmo perfil representacional, uma vez que mães e profissionais não se colocam enquanto partícipes de uma mesma construção, mas em lugar disto, numa relação de conflito, onde os interesses parecem dissociados e divergentes, especialmente no que se refere às estratégias educativas. Nessa medida, a vontade e a aceitação da clientela, manifestadas na qualidade da interação profissional/usuário, legitimam ou inviabilizam, a realização positiva de uma intervenção e sua continuidade.

SUCUPIRA (1981) associa a falácia dos AE a sua impropriedade enquanto modelo tecnológico associado às consultas médicas, enquanto reprodutores e substitutos das mesmas. E ainda, à não aderência da população a uma proposta preventivista, à filosofia de formar um hábito na população de cuidar da saúde e não apenas da doença. Seguramente, centrar a legitimação de uma proposta filosófica tão ambiciosa em apenas uma ação, parece ser no mínimo enganoso. O que um dos serviços analisados mostra é que a coerência de um projeto assistencial, efetivada em ações com caráter de complementaridade, mesmo atreladas à tecnologia clínica e à puericultura,

pode ser identificados pela população e levar a uma real mudança de práticas e de representações. O que se quer afirmar é que não se pode esperar respostas coletivas inovadoras a ações ancoradas em pressupostos tradicionais. Transformar práticas implica em transformar representações, e se as representações e as práticas profissionais são contraditórias as respostas da população serão dadas em função do imediatamente presente, da sua necessidade mais emergente.

Deve-se destacar, no entanto, que não são as representações da clientela que definem o caráter da instituição. Este é determinado por inúmeros fatores, que não se esgotam num modelo assistencial formalmente colocado. As representações profissionais jogam um papel importante nas práticas dos serviços; por sua vez, as representações maternas jogam um papel igualmente importante nas práticas familiares; e ainda, o modelo assistencial ou a ausência deste, também definem um determinado contexto institucional. Desta forma, o conjunto das forças representacionais e das práticas daí derivadas conformam determinado contexto para os serviços de saúde, contexto este formado pelos elementos próximos, não estruturais, participantes do campo social específico de promoção da saúde da criança.

Em nível do discurso, os profissionais da "equipe de porta" de um dos serviços estudado percebem as mães como ignorantes e carentes, associando a essa "falta" a de orientações. Por outro lado, a carência e a limitação também são identificados como fatores limitantes para as práticas. Parece configurar-se assim, uma confissão profissional tendo como implícito a própria incompetência para superar barreiras culturais e sociais e para um melhor "lidar com as diferenças". A perspectiva de sujeitos em interação, construtores de uma nova prática em saúde, parece encontrar, nessas representações, obstáculo importante. É nesse sentido que PASSOS e AQUINO (1995) destacam que a superação de uma racionalidade instrumental e da conseqüente alienação dela derivante, implica necessariamente em ter por referência conceitos como totalidade, conscientização e crítica, de forma a propiciar mudanças nos padrões de representação das situações, mudanças que são decisivas para a transformação das práticas.

Neste aspecto, deve-se discordar de SUCUPIRA (1981) ao afirmar que "é a instituição que, na prática, dá o caráter da consulta médica [e, por extensão, o caráter assistencial das UBS] através dos funcionários que orientam o

comparecimento à consulta como uma imposição ou apenas transmitem as normas institucionais sem uma adequada explicação, ... reforçando o caráter da associação única médico-doença [ou UBS-doença]" (p. 217). A própria transição ocorrida da proposta programática para a ausência de proposta institucional, qual seja, o pronto atendimento, implicou, conforme observado num dos serviços estudados, no que aqui denomina-se de "ciclo sócio-profissional da alienação". Mesmo tendo sido observadas representações que expressam a valorização de modelos coletivos de respostas à saúde da criança, são os modelos curativos individuais que se impõem. Ou seja, considera-se que o poder institucional se resume a um foco de poder dentro de um campo de forças multifacetado.

Ao aceitar a afirmação de Sucupira de que ao terminar a distribuição do leite e, portanto, do papel supletivo do Estado, desapareceriam as necessidades de prevenção, como explicar a permanência desse conceito e prática em um dos serviços estudados?

Avançando um pouco mais no pensamento da autora, observa-se que "é a ação do médico [retraduzida na equipe de porta, neste trabalho] que tem maior peso na transmissão das regras de puericultura. A legitimidade do seu saber imprime às orientações que transmite às mães um caráter oficial... ao mesmo tempo em que o seu saber impõe uma autoridade no interior da instituição, e a sua prática diante da clientela, é reconhecidamente a prática oficial" (p.218). Ora, se reconhecida como investida de saber e de poder, tais práticas são também determinantes do que denominar-se-á de "caminhar dos modelos assistenciais", ou sua construção/ "des-construção" histórica.

Por outro lado, se aceita-se a afirmação de que *"a efetividade dos serviços depende da aceitação, por parte do cliente, de uma interação produtiva"*, talvez seja razoável considerar que o inquestionável poder médico não se configure, no imaginário social, como tão onipotente. É aceitável pensar que, no imaginário materno, se estabeleça uma diluição na atribuição de saberes e de poderes sobre as práticas do "sistema de cuidados à criança". Deve-se assinalar que, nos locais onde as representações sobre esse sistema de cuidados foram menos divergentes e contraditórias e as condições sociais menos agressivas, os serviços de saúde e os "profissionais de porta", despontaram como importante "locus" de referência, de saber e de poder. No entanto, ao se observar sistemas de representação distintos e condições sociais mais agressivas,

os serviços aparecem, apenas, como uma das referências maternas, não a mais importante. Nessa situação, o sistema de apoio e a atribuição de conhecimento se estabeleceram a partir de outros critérios, não técnicos e principalmente não científicos.

O que se quer afirmar aqui é que talvez seja enganoso considerar que as estruturas institucionais e as diferenças de inserção social possam, por si só, representar uma expressão única de determinação sobre a saúde da criança. As "estratégias de sobrevivência" da população apontam para "redes de ajuda", constituídas em função de uma visão menos atomizada do problema. Nessa visão, o saber sobre a saúde física, e apenas parte dela é associado como campo de saber médico-institucional; a saúde mental, traduzida em aspectos do desenvolvimento infantil é atribuída tanto ao convívio interpessoal, às relações de ajuda estabelecidas com vizinhos e parentes, quanto ao próprio saber materno. Observa-se, portanto, uma diluição dos "loci" de saberes, que se ampliam para muito além do saber e da hegemonia médica. Deve-se considerar, ainda, um certo caráter divino freqüentemente associado à saúde da criança.

A relação médico-paciente, ou melhor denominada médico-cliente nas UBS, reveste-se de características próprias na área da saúde da criança, uma vez que sujeito e objeto não se encontram numa relação direta. NOVAES (1979) refere a complexidade que assume esta relação, uma vez que envolve 3 sujeitos e, portanto, 3 termos, "a criança é, a mãe fala sobre sem ser, e o médico pensa e decide" (p. 3). Atualizando essa assertiva, pode-se afirmar que "o médico pensa que decide", uma vez que a relação de dominação entre médico e paciente, nesta área específica, deve ser entendida muito mais como *relação de ascendência* do que propriamente de *dominação*.

O caráter Impessoal característico da relação médico-cliente nas UBS, observado por Sucupira, não é reafirmado neste trabalho. Afirma a autora que "a necessidade de uma relação pessoal, pautada na confiança do paciente na figura do médico, confiança esta que depende da autoridade carismática deste, é substituída pela autoridade institucional" (p. 232). Sem querer negar a autoridade institucional referida presente nas relações entre usuários e serviços, observa-se, nas Instituições estudadas, uma forma particular de relação que suplanta a autoridade institucional. Dentro de determinados limites, a clientela escolhe e avalia os médicos e os profissionais com os quais é confrontada,

segundo critérios que passam por características pessoais, afinidade pessoal, envolvimento com o trabalho, capacidade de comunicação; e até competências seletivas, tais como, maior capacidade resolutive de problemas clínicos, condutas menos invasivas, etc.

Um outro aspecto a considerar, refere-se à da puericultura enquanto área específica de saber e de práticas. Apesar de referida pelos médicos de uma das UBS estudadas, na prática dos serviços locais de saúde essa área se efetiva a partir de seus pressupostos básicos, mas também a partir de pressupostos agregados. A puericultura é caracterizada como uma forma de prática preventiva, "que cuida da manutenção da normalidade" (ALCANTARA, 1974, p. 3), "assumindo a aparência de um campo neutro de práticas preventivas que visam eliminar ou minimizar os efeitos das condições adversas à realização plena do crescimento e do desenvolvimento da criança, a puericultura se difunde como um conjunto de conhecimentos e práticas que indicam o *modo de educação da criança, legitimado pela sociedade*"¹⁹ (SUCUPIRA, op.cit., p. 236).

Retomando às características singulares que essa área de saber assume nas UBS, além daquelas citadas, deve-se destacar a dualidade preventivo/curativo implícita às práticas profissionais e a oposição individual/coletivo, enquanto contexto das mesmas práticas. Mesmo atrelada ao indivíduo criança, no momento do atendimento, as práticas educativas, principalmente, assumem uma dimensão coletiva na medida em que, ao menos potencialmente, podem transformar práticas e representações. Por outro lado, a oposição preventivo/curativo também parece ilusória nos serviços estudados, uma vez que o ato médico e dos auxiliares, respondem a uma demanda imediata (patologias, dúvidas), além dos pressupostos específicos em função das características de crescimento e de desenvolvimento e também dos riscos aos quais a criança está exposta. Essa oposição é verdadeira ao afirmá-la, não enquanto característica da ação, mas enquanto definição de prioridades dentro do contexto institucional, objetivada na definição de duas demandas: a rotina e o pronto atendimento. Conforme observado nas representações profissionais, tanto a puericultura, quanto a clínica estão presentes nas práticas. Não se observa a negação das importâncias das patologias dentro do processo de crescimento e de desenvolvimento e a necessidade do seu atendimento; nem a discussão quanto a pertinência de se pesar ou medir as crianças no cotidiano

¹⁹ Grifo nosso.

das UBS. O que se mostra de forma patente é a oposição, muito mais institucional do que técnica, entre atender prioritariamente a demanda por patologias, corporificada no pronto atendimento, e o compromisso com a promoção da saúde de determinado grupo de crianças, entendido como ação programática.

Entre as mães, as representações se organizam em torno de dois núcleos, aparentemente independentes: "curar as doenças e assegurar um perfil de desenvolvimento físico saudável" e "aprender a cuidar dos filhos". Esses núcleos representacionais expressam, muito mais a oposição entre o biológico e o humano, do que as oposições acima mencionadas.

As práticas médicas, e também as práticas das auxiliares, têm sido analisadas em função da sua aproximação maior ou menor aos pressupostos da prática clínica ou da prática epidemiológica. Extensão dessa oposição é freqüentemente observada na dicotomia entre as práticas dirigidas ao sujeito coletivo e aquelas que visam o sujeito individual. Incorporando essas dicotomias, o que se observou ao longo da constituição da Saúde Pública no Brasil, foi a incorporação da atenção médica ao cidadão ao rol dos deveres do Estado, através dos seus serviços de saúde, num necessário e ousado movimento de não deixar milhões de brasileiros à mercê de uma economia de mercado, numa área onde os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado deveriam ser inequívocos.

O movimento sanitarista, especialmente o médico, parece ter se perdido nessa fictícia oposição paradigmática entre a clínica e a epidemiologia, como se a superação desta dicotomia aparente ou a subordinação de uma à outra fosse o nó essencial dos modelos assistenciais em saúde pública. É claro que tal diferença existe e é muito importante. No entanto, trata-se mais de opções de análise que privilegiam as práticas mais afetas à saúde pública, com seu caráter supostamente epidemiológico/coletivo/preventivo a cargo do Estado; por um lado; e de outro as práticas da medicina clínica, liberal/individual/curativa. Vale lembrar, no entanto, que nas práticas sempre se observa uma mescla de ambas. Diante disto resta a aceitação de uma cisão paradigmática ou de uma dicotomia ilusória. Deve-se reafirmar que ambas se apoiam e fundamentam num movimento de naturalização de conceitos e conhecimentos que uma usa da outra para se apoiar e legitimar. (TESSER, 1994)

A prática aqui configurada como médica, em função do modelo que concretiza, esgota as possibilidades de respostas às demandas e necessidades da população na incorporação do saber clínico e das suas práticas. A real incorporação de outros saberes, menos clínicos ou menos epidemiológicos. Não se vislumbrar no horizonte, dos serviços mesmo a incorporação das ações educativas enquanto ações de saúde.

Ou seja, se a concepção de um novo modelo vai fundo ao questionar a capacidade do saber médico (clínico-epidemiológico) para definir necessidades de saúde, bem como para organizar serviços, inovando ao propor legitimidade para as demandas populares; não faz o mesmo em relação às tecnologias e saberes possíveis de serem usados e considerados legítimos no tratamento àquelas demandas. Ao contrário, rejeita o saber e as técnicas científicas como únicos instrumentos de definição e legitimação de necessidades, mas aceita-os, subliminarmente, como único saber-técnica legítimo e eficaz para ser oferecido como resposta aos problemas de saúde. (TESSER, 1994)

Denota-se, assim, um limite claro nessa visão reformadora, quanto ao tecnocentrismo médico-científico aí presente, que considera o saber médico oficial (clínico-epidemiológico), capaz e suficiente para o trato das questões de saúde-doença, sejam elas coletivas ou individuais, no seu âmbito e especialidade setorial.

A hegemonia do saber médico nas práticas de saúde, acima discutida, pode ser observada na afirmação de que "...há algo no próprio modo de operar do raciocínio clínico que o torna veículo de subjugação de pessoas, sendo um reducionismo indevido supor que a... crise da medicina poderia ser resolvida única e exclusivamente a partir da adoção de políticas ou transformações econômicas" (CAMARGO JR., 1992, p. 7). Esta vertente de pensamento prioriza a análise dos problemas "internos" do saber médico, enquanto obstáculos para a construção de um novo modelo assistencial. Sem pretender negar tais afirmações, é necessário destacar que, no campo das práticas profissionais, talvez seja mais produtivo pensá-las em conjunto, não apenas partindo da constatação de uma dada hegemonia médica, mas também a partir da constituição de outras práticas que participam do "fazer a saúde", além do saber do senso comum que interage com as mesmas.

Essa afirmação coloca-se como fundamental ao deslocar o objeto de atenção à saúde, do processo saúde-doença, para a promoção da saúde. Conforme observado nas representações maternas, a saúde da criança não é percebida apenas na polaridade do corpo são e do corpo doente, mas avança na qualidade de vida das crianças, na sua inserção na sociedade e na criação de oportunidades para o seu pleno desenvolvimento.

Nessa medida, coloca-se aqui a necessidade de pensar os saberes da saúde enquanto entidades com personalidades e também problemas próprios, mas que na sua relação e interação vão se transformando, se moldando e se construindo mutuamente. As dificuldades particulares de cada profissão e das áreas de saber que representam, suas raízes históricas, seus paradigmas epistemológicos, não são elementos imutáveis e se transformam, tal como as representações, a partir das práticas que efetivam. Considera-se mais produtivo pensar o saber em saúde, e por extensão as práticas médicas, dentro dessa dialética.

Cabe um destaque à Interrogação necessária para o caminhar, não apenas médico, mas da compreensão da saúde, da saúde pública e da saúde da criança em particular, enquanto ação coletiva. Os saberes necessitam, obrigatoriamente, se complementarem para que as práticas não se atrelem a uma concepção biológica apenas. Nessa medida, se é possível questionar a capacidade e suficiência do saber clínico em estabelecer necessidades de saúde, deve-se questionar por que a ele se prender no estabelecimento de saberes, ações e tecnologias aceitáveis para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde? Já não seria o momento de questionar a potência de apenas um saber informar o tratamento dos problemas de saúde, bem como sua prevenção e promoção?

A questão essencial, nesta análise, são as rupturas que se colocam necessárias para a transformação do processo de trabalho em saúde, implicando na superação e transformação de conceitos, hábitos, procedimentos, enfim, de representações e práticas; rupturas com as dicotomias preventivo-curativo, individual coletivo e a busca de níveis mais elevados de qualidade de serviços.

2.2. A equipe de saúde mental ou "os paramédicos em ação"

Conforme destacado na apresentação dos resultados da análise discursiva, a Equipe de Saúde Mental destaca-se dentro do contexto institucional das UBS, uma vez que compõem um segundo "polo de poder", nitidamente identificado, e também respondem pela saúde, supostamente, a partir de um referencial não médico ou "contramédico".

Segundo o documento PROPOSTA de Trabalho para Equipe Multiprofissional em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental (1983), as ações de saúde mental devem ser integradas nas atividades dos programas e sub-programas da unidade básica, porque o aspecto psicológico sempre deve ser abordado, mesmo quando a queixa ou situação não é especificamente da área emocional. Essa afirmação, apesar de representar o pensamento dos anos 80 sobre a Inserção das equipes de Saúde Mental nas UBS, parece bastante atual. Por um lado, porque um tal posicionamento dessas equipes nos serviços de saúde não é observado até os dias de hoje; e por outro, porque talvez o PSC tenha o mesmo significado para os profissionais de saúde mental, que o apresentado para os "profissionais de porta".

Um segundo e importante aspecto da dinâmica histórica da Inserção dessas equipes nos serviços básicos de saúde, refere-se ao próprio movimento interno da área no repensar da psiquiatria, e ao movimento da reforma psiquiátrica, no repensar os paradigmas teóricos, suas contradições, lutas por definição do espaço de ação, etc. O início da formação de uma massa crítica sobre a configuração da psiquiatria e da saúde mental têm suas bases firmadas no surgimento da medicina social. (BEZERRA JR., 1994)

A recuperação histórica da evolução do pensamento sobre a saúde mental não apresenta-se como objeto deste trabalho. No entanto, é importante destacar alguns momentos que, ao que parece, estão relacionados com os perfis das representações observadas entre os profissionais participantes deste estudo. Na década de 80, configurou-se uma situação particular e rica para a constituição de um pensamento sobre a saúde mental, caracterizada pela tensão entre os que insistiam na participação na administração pública e aqueles que se pretendiam radicalmente alternativos. Esse confronto tomou corpo em 1986, no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental.

Os impasses dessa luta interna na constituição e transformação da área, estendeu-se ao longo dos anos 80, marcado pela *experimentação de novos modelos assistenciais*. "Iniciaram-se, nos primeiros anos da década, experiências renovadoras em vários estados e municípios do país. Essas experiências, de modo geral, começaram com a implementação de propostas assistenciais e procuraram estabelecer novas formas de organização e gerenciamento dos serviços... Fez-se do estímulo à participação coletiva uma estratégia, ao mesmo tempo assistencial e administrativa" (BEZERRA, JR., 1994, p. 177).

Por outro lado, enquanto sub-produto desse movimento, ocorreu o surgimento de uma reflexão singular a respeito dos desafios teóricos com os quais a prática clínica se defrontava nos serviços públicos. Esses desafios eram muito diferentes daqueles encontrados na prática privada e para a qual estava voltada a formação universitária. Os modelos que inspiraram a prática clínica eram praticamente todos oriundos de universos com uma homogeneidade sócio-cultural diversos da brasileira. Essa reflexão, associada à crise do modelo clínico convencional, pôde ser observada nos serviços analisados pela identificação das distâncias entre os universos simbólicos dos usuários dos serviços, mas sem uma proposição específica que contemplasse uma tal diversidade.

As equipes analisadas são compostas por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, sem a presença de psiquiatras. Uma certa generalização das observações sobre as práticas dos psicólogos pode ser aplicada aos outros profissionais da equipe, uma vez que a tecnologia adotada emana dessa área de saber. Pôde-se observar, nos discursos desses profissionais sobre as próprias práticas, elementos marcantes de oposição entre a prática médica e a prática não médica. No entanto, merece destaque as observações de LEME e cols. (1989) ao afirmar que "a psicologia é conhecida, principalmente, como psicologia clínica explicada em parte por ocupar um espaço entre outras profissões e a aproximação principalmente da psiquiatria" (p. 34). Dessa forma, as imagens construídas sobre a profissão e também as práticas profissionais, partem de um referencial que, apesar de se afirmar humanista, traz marcas importantes do saber médico.

Os mesmos autores constatarem que, além de uma valorização negativa da profissão e do profissional, "a atuação do psicólogo é associada à capacidade quase mágica para solucionar problemas alheios [e principalmente] à

capacidade de resolver os problemas das pessoas" (p. 33). MOSCOVICI (1976) destaca que os atributos profissionais do psicólogo podem ser destacados como, além de *um médico um tanto especial*, de um filósofo, humanista, identifica-se ainda a exigência de *vocação, abnegação e pureza de intenção* que deve existir na relação com o cliente, uma vez que ele "detém um poder inquietante, pois pode influir sobre o destino dos indivíduos e a sociedade não tem nenhum meio de controlar sua ação". (p.163)

Nessa medida, as representações sobre as práticas dos psicólogos muito se aproximam das bases da prática médica em diferentes momentos da sua história. Inclusive em tais como, *resolver os problemas das pessoas, vocação, abnegação e pureza de intenção, uma relação direta e íntima e uma relação de ajuda*. Expressões que marcaram o discurso médico. Ou seja, as práticas da psicologia em saúde coletiva reproduzem alguns princípios da prática médica clínica em oposição (fortemente destacada nos depoimentos) a uma prática da "psicologia epidemiológica" ou social e reafirmada como desejável, mas sem impactos na realidade dos Serviços.

Portanto, a posição pela prática clínica na psicologia com a conseqüente transposição desse modelo para a saúde pública, comunitária, parece ocorrer porque conforme CARVALHO e KAVANO (1982, p. 11) "a atuação clínica oferece aos psicólogos... a possibilidade de penetrar no outro, conhecê-lo, estabelecer com ele um certo tipo de relação". Uma outra leitura no plano político da área refere-se à aceitação, pelos profissionais engajados na reforma da psiquiatria, quanto ao grau de importância das questões teórico-clínicas. Isto com evidentes reflexos para as práticas dos profissionais inseridos no campo da saúde coletiva, estabelecendo-se, assim uma divisão entre os "*políticos*" e os "*técnicos*". Os reflexos dessas duas vertentes foram observados nas representações profissionais, por meio da percepção sobre a divisão dos dois planos de práticas. O primeiro plano refere-se a priorização das práticas políticas no discurso idealizado enquanto possível "solução" para o enfrentamento dos problemas sociais. O segundo afirma o predomínio das práticas clínicas enquanto esforço de sobrevivência institucional. As duas perspectivas de atuação aparecem de forma conflituosa e contraditória nas representações, uma vez que o exercício de uma implica por vezes, na negação da outra.

Para BEZERRA JR. (1994) a vertente política estabelecia críticas à vertente clínica por expressarem uma visão reducionista e medicalizada do sofrimento e,

portanto, "que a batalha tinha que ser travada em outro campo que não o da subjetividade Individual: o espaço de Intervenção social nas redes de relações onde o sujeito existia de fato e de onde provinha seu sofrimento". Os segundos afirmavam que os primeiros se ocupavam de questões relativas a organização e dos determinantes sócio-políticos, relegando para segundo plano "as teorias que sustentavam a prática assistencial e assim se tornavam, com frequência, reféns de práticas e concepções que queriam combater". (p. 179)

O estabelecimento das relações de poder Intra-Institucionais e a expressão da hegemonia médica assimilada pelos profissionais não médicos, pode ser observada num perfil representacional específico. Nesse perfil destaca-se a culpabilização do outro (os médicos) por estabelecerem uma relação de dominação com os autodenominados "paramédicos", sem que um tal reconhecimento seja acompanhado de qualquer ação ou reação. Por outro lado, apesar do discurso idealizado sobre um novo paradigma para a prática da saúde mental, o modelo clínico é observado neste estudo como predominante, o que coloca esses profissionais num embate com os seus próprios princípios de ação, portanto, com suas representações.

A atuação da saúde mental na promoção da saúde da criança apresenta-se como uma prática ambígua, uma vez que se destina ao sujeito coletivo, mas não se liberta do paradigma da clínica. Outro elemento observado nas representações deste grupo é o "estereótipo do pobre", expresso pelas imagens de submissão, dependência e de imediatismo nos resultados das intervenções na saúde. Esses mesmos traços foram observados nas representações da "equipe de porta".

A saúde mental, de uma forma geral, não foge ao contexto geral da saúde pública. A própria "indefinição" da tecnologia do trabalho, observada nas representações, parece ser um instrumento de diferenciação e, portanto, de exercício de poder. Pode-se observar que esse movimento de distanciamento/diferenciação dessas equipes, muitas vezes é expresso de forma física, nas próprias áreas de trabalho e no uso que é feito das mesmas. Deve-se reconhecer que a inserção de qualquer equipe ou grupo profissional num novo espaço tem seu caminhar próprio. No entanto, parece configurar-se aqui o ciclo: primeiro, a necessidade de emergência, seguindo-se a ela a oposição, para num outro momento chegar-se à elaboração de um processo de convivência das diferenças.

SALVADOR (1995) aponta para uma problemática também presente na caracterização das práticas deste estudo, qual seja, a dificuldade de aderência da clientela específica da saúde mental às intervenções propostas, fazendo surgir uma faceta de análise interessante. Afirma o autor que "para dar conta de diversos problemas instalados diante da angústia dos abandonos e das frustrações, que são tanto dos técnicos como da população atendida, é lançado um movimento em direção à internalidade" (p. 101), enquanto forma de diluir as diferenças sociais nas práticas cotidianas. Para o mesmo autor, a ameaça objetivada pelos profissionais está muito mais próxima e presente do que aquela referida para a população. Por um lado, a equipe de saúde mental defende-se de uma estrutura onde a tônica é a ausência de normas e leis, e por outro reconhece seu caráter retalhador, provocador de descontinuidade e agente de uma ameaça de esfacelamento profissional/institucional.

As posturas observadas nas equipes aqui analisadas, portanto, refletem determinado modo de sobrevivência institucional e profissional. Apesar de reconhecerem o contexto social de vida da clientela, nega-o homogeneizando as respostas oferecidas. Dessa forma, buscam superar o seu próprio abandono, enquanto agentes Institucionais, por meio de mecanismos próprios, mantendo a coerência com a imagem hegemônica de igualdade operante na sociedade. Desta forma, resguarda e mantém a proximidade com seu campo de conhecimento e domínio; e conseguem afastar-se da angústia e da impotência diante da dificuldade de alterar a situação de abandono do outro. (SALVADOR, 1995)

Uma tal "estratégia de avestruz" ou de defesa mostra que enfrentar situações de desigualdades não significa enfrentá-las apenas na população, mas também na própria configuração Institucional na qual se está inserido. Esse enfrentamento, que deveria ter seu continente teórico nas propostas de atenção integral à saúde e na concepção de saúde mental coletiva, parece caminhar, em nível do discurso, para o estabelecimento de pontos essenciais de balizamento. Alguns desses pontos são o papel dos dispositivos socialmente construídos como reguladores das relações intersubjetivas, abrangendo os códigos de referência cultural, as normas informais, as teorias sobre a subjetividade, dentre outras. (BEZERRA JR., 1994)

O evoluir histórico das reflexões na área de saúde mental e das suas estratégias de intervenção na realidade dos serviços, é muito rica para a

compreensão das transformações do sistema de saúde de uma forma geral uma vez que sua transformação histórica parte da necessidade de "desmonte" das instituições manicomiais. Ao conceber a saúde enquanto um estado complexo de inter-relação entre elementos objetivos e subjetivos, num momento de lenta implantação da democracia no Brasil, da difícil e pouco consensual reforma do Estado, da permanência da crise econômica e de deterioração do sistema público de saúde, talvez valha a pena lembrar que as transformações dessa área de saber vem sendo operadas, em grande parte, por experiências que "quebraram" as estruturas até então aceitas, criando novos modelos e novos paradigmas, o que pode ser rico enquanto caminho de transformação.

De outro lado, a clássica dicotomia entre saúde mental e saúde física talvez possa iniciar um caminhar lado a lado, a partir do reconhecimento, nas práticas dos serviços, "do homem enquanto organismo dotado de certas características de funcionamento biológico..., [abrindo] portas para um tipo de conhecimento que permite prever e controlar reações biológicas indesejáveis, e assim reduzir a dor, erradicar doenças e ampliar as possibilidades de preservação da normalidade vital; ... [e também] como sujeito que, frente a outros sujeitos, é capaz de agir, decidir, justificar-se, sofrer, alegrar-se, arrepender-se, mudar de opinião, amedrontar-se, querer bem, querer mal...", humanos enfim. (BEZERRA JR., 1994, p. 189)

2.3. Os Enfermeiros e a delimitação do seu espaço de trabalho

Vários autores se dedicaram à análise das atribuições do enfermeiro em nível das UBS e dos hospitais, fazendo emergir um discurso marcado por afirmações e justificações dogmáticas. De qualquer forma, o conteúdo e a estrutura desses discursos científicos revelam alguns perfis historicamente desenhados para a profissão.

Os objetivos e as funções definidas para a atuação do enfermeiro em UBS são sintetizadas por DOMINGUES (1982) ao afirmar que, *"em termos de operacionalização, a enfermagem como profissão de saúde orienta suas ações para a prevenção da saúde, recuperação e reabilitação das doenças mais freqüentemente observadas na comunidade; prevê ainda, enquanto ação isolada ou inserida em equipes de trabalho, a função básica de ajuda e apoio, que a comunidade e o indivíduo requerem em suas diferentes idades e etapas situacionais do seu desenvolvimento e crescimento, como permanente esforço para salvaguardar e recuperar a saúde"*²⁰.

Por outro lado, enquanto funções específicas, o mesmo rol amplo de atuação é referido, envolvendo a assistência direta ao indivíduo e à comunidade; a coordenação da equipe de enfermagem e a garantia da qualidade do seu trabalho. Utilizando-se, para isto, de instrumentos como a supervisão e a capacitação de recursos humanos; a participação no controle de dados epidemiológicos, por meio da confecção de relatórios e da vigilância epidemiológica; a participação e/ou desenvolvimento de pesquisas e, finalmente, a assessoria.

Pode-se facilmente pressupor que, para o adequado cumprimento de tais objetivos e realização dessas funções, alguns requisitos mínimos deveriam ser exigidos caso se objetivasse realmente a ocupação do espaço profissional na saúde comunitária. Dentre eles, um quantitativo de enfermeiros por UBS que pudesse dar sustentação a um tal universo de ações. Parte-se aqui que a finalidade desse discurso, teria sido apenas e tão somente a inserção desse tipo de profissional na rede básica de serviços de saúde, não tendo, ao longo do tempo, a preocupação de criar as condições necessárias para que o exercício efetivo de tais funções se concretizasse.

²⁰ Grifo nosso.

As implicações de uma tal sustentação profissional pode ser observada nos contornos representacionais do espaço ocupado pelo enfermeiro nas UBS estudadas.

Conforme destacado, as justificativas para o não exercício das "devidas atribuições" pelo enfermeiro nas UBS, são constituídas de "meias verdades", legitimadas pelo conhecimento científico. A primeira delas, e por muito tempo adotada, foi a *Indefinição do espaço de atuação* enquanto elemento limitante das mesmas. Conforme será discutido a seguir, a falácia de tal afirmação assenta-se sobre o fato de que o Programa de Saúde da Criança sempre foi o espaço preferencial e pré-determinado para a atuação do enfermeiro, pelas "funções de enfermagem" sobre as quais esse programa se assentou.

A segunda forma de justificação é muito bem retratada por ADAMI (1980), ao analisar o desempenho da função assistencial pelos enfermeiros da SESP, ao afirmar que *"a enfermeira vem prestando assistência de enfermagem à clientela do centro de saúde em maior proporção na forma eventual. Esse fato já era esperado, uma vez que essas unidades sanitárias geralmente contam com apenas uma enfermeira... sua participação deveria estar condicionada à maior complexidade das ações [preferencialmente dirigidas] a determinados casos selecionados. A execução de ações simples... é indicativa de sub-utilização do trabalho da enfermeira, que deveria executar ações que requeram realmente conhecimentos e habilidades de um profissional de nível universitário"*²¹ (p. 69-70). Observa-se, na análise realizada pela autora, uma imagem muito bem definida dos estereótipos mencionados: ações de assistência direta executadas de forma eventual, quando o desejável seria uma racionalização das demandas e uma hierarquização dos níveis de complexidade da assistência de enfermagem que possibilitasse ações rotineiras de assistência direta. A "causa" associada, às limitações em primeiro lugar, é o quantitativo insuficiente de profissionais, e em segundo, uma não definição "correta" de prioridades pelos profissionais.

Um segundo aspecto relevante identificado pela autora, refere-se às causas da não utilização de tecnologia específica definida para o trabalho do enfermeiro, qual seja, o processo de enfermagem. São indicados o excesso de *trabalho interno*; não trabalhar atendendo necessidades e sim a solicitação de grupos da comunidade; características da demanda, que é excessiva, e o *atendimento da população de acordo com a necessidade do momento*. A

²¹ Grifos nossos.

própria autora destaca a inconsistência das justificativas e associa o fato ao provável desconhecimento, por parte dos enfermeiros, da tecnologia de trabalho específica da profissão.

Nas pesquisas até aqui destacadas, pode-se observar análises que partem de uma concepção idealista/tecnicista do trabalho, associando-o a impedimentos também técnicos, e não inserido em processos sociais e organizacionais específicos. Esta postura caracteriza, com propriedade, a perspectiva na qual o trabalho do enfermeiro foi, nas últimas décadas, inserido na rede básica de serviços de saúde, representando, portanto, um importante elemento da sua base histórica.

Observa-se, nos discursos analisados e também na leitura subliminar dos mesmos, um perfil tecnológico do trabalho do enfermeiro basicamente associado ao *"atendimento da população de acordo com a necessidade do momento, prestação de assistência de enfermagem em forma eventual e execução de tarefas diretamente associadas à função de controle"*, com destaque para essa última. A justificativa imediata para a determinação desse perfil é clara nos dois serviços. As unidades contam com *apenas uma enfermeira*. Deve-se destacar que as funções de supervisão e de capacitação da equipe de auxiliares é mencionada, apenas, enquanto necessária, mas pouco ou não desenvolvida. De uma certa forma, pode-se corroborar com GONÇALVES (1985), ao afirmar que o objeto de trabalho do enfermeiro confunde-se com o próprio processo de trabalho.

A posição do enfermeiro no processo de trabalho em saúde pública/coletiva, caracteriza-se por estabelecer uma hierarquia ancorada no grau de "gravidade" da patologia ou "do caso", centrada na atenção clínica e individual. Qual seja, os médicos se responsabilizam pelos casos mais graves, os enfermeiros pelos intermediários e os auxiliares pela rotina ou casos padronizados pela instituição.

Observa-se assim que o objeto da ação assistencial desse profissional (quando essa existe) é a doença ou "o caso", geralmente associado a "desvios da normalidade" do sujeito individual; o sujeito coletivo é mencionado apenas enquanto práticas idealizadas.

GONÇALVES (1985), ao caracterizar o trabalho desenvolvido por enfermeiros na SESP na década de 80, assinala que "a supervisão [executada pelo

enfermeiro] é sempre associada com as programações, tanto como padrão de referência para direcionar o trabalho, quanto como padrão de referência para julgar sua eficácia... [por outro lado] parece caracterizar-se como uma atividade desempenhada sempre pessoalmente e individualmente, o que acrescido das informações de que é a *principal atividade e a que mais tempo ocupa*²², acaba por acarretar dificuldades para a sua realização" (p. 295). Apesar de apresentar-se como função auto-determinada, a supervisão representa um primeiro elemento falacioso do trabalho do enfermeiro. Tal fato está associado ao caráter não profissional do trabalho dos auxiliares. Além de sua posição hierarquicamente subordinada, que os torna altamente vulneráveis à direção técnica na execução das atividades-melo que desempenham. Essa direção, apesar de reservada ao enfermeiro, acaba por ser executada pelo profissional mais próximo ao trabalho do auxiliar. No cotidiano das UBS, para a assunção desse papel é suficiente o domínio dos conteúdos e do processo de trabalho dentro do qual as atividades dos auxiliares se inserem. O que se observou neste trabalho, foi a proximidade física, funcional e, especialmente, representacional das médicas aos auxiliares; o que acaba por resultar em um processo de troca de saberes tão intenso a ponto de transformar as representações de uns e de outros.

Por outro lado, GONÇALVES (1985) também constatou que o parâmetro indicado pelos enfermeiros para a supervisão é o confronto com as programações, que, nos serviços estudados, não são claramente identificadas pelos mesmos. É natural que, para esse profissional, as atividades programáticas deixem de ter um sentido único atrelado à saúde da comunidade, para se transformar em atividade-fim. Como a atenção à saúde da criança parece orientada pela consideração do objeto de trabalho sobre o nível coletivo, o trabalho do enfermeiro deveria apontar para uma direção diversa da do trabalho médico, ou seja, o sujeito coletivo. Conforme observado neste estudo, a função de supervisão coloca-se, hoje, enquanto elemento idealizado do trabalho, porém sem os elos de sustentação de conhecimento tecnológico necessários para a sua efetivação.

As atividades de supervisão estão intimamente associadas às de controle, apresentando uma configuração específica nas UBS. O controle do processo de trabalho, habitualmente afeito ao diretor da unidade, apresenta-se desfigurado

²² Grifo nosso.

nos dois serviços estudados. Em GPS o enfermeiro "assume"²³ parte desse trabalho, e em IT, por questões associadas à postura ideológica da direção e também pelo momento específico da sua inserção no serviço, esse controle é negado.

GONÇALVES (1985) aponta, considerando os profissionais de enfermagem, "para a estranha disposição, não usual nas formas de organização do processo de trabalho, dos subordinados em relação às instâncias superiores: os sanitaristas²⁴, ápice da hierarquia, atribuindo-se a si mesmos parcela principal do controle do processo de trabalho; às enfermeiras, Instância Intermediária, ... cabendo como parcela principal a supervisão" (p. 297). Esta afirmação é relevante ao considerar-se o que ocorre nas organizações, ou seja, a atribuição a escalões Intermediários, das duas funções, ficando a Instância superior com a supervisão e o controle desses escalões Intermediários, e não com funções diretas. Deve-se destacar que nos serviços estudados, os enfermeiros acabam por "assumir" muito mais a função de controle sobre o conjunto dos profissionais da equipe de saúde, do que propriamente a supervisão técnica de enfermagem. Esse "assumir", no entanto, não implica em autoridade, já que não há relação explícita ou formal com a autoridade racional.

A supervisão do trabalho da equipe de enfermagem aparece como atribuição própria no discurso científico e também no discurso dos enfermeiros; no entanto, deve-se assinalar que sua importância real talvez seja menor do que a destacada, uma vez que não se coloca como ação prioritária entre os enfermeiros entrevistados. Por outro lado, deve-se reconhecer que essa é uma área de "exercício indisputado de autoridade"²⁵ apresentando-se, nas representações sobre as práticas dos auxiliares, como relativamente autônoma, ou não associada ao trabalho do enfermeiro.

As atividades de controle não se confundem, aqui, com as de supervisão, uma vez que são explicitamente assumidas pelas enfermeiras, mesmo ultrapassando os níveis de competência das mesmas. Associa-se a esta situação, uma estrutura organizacional observada nas UBS onde a enfermeira é o único chefe de equipe formalmente reconhecido, além de "assumir" um rol indefinido de problemas que surgem no cotidiano das mesmas. De uma certa

²³ O termo assumir, quando apresentado entre aspas, significa a execução de uma tarefa sem que haja uma delegação formal para isto, nem a legitimidade para tal.

²⁴ À época desse estudo, os postos diretivos das UBS eram de ocupação exclusiva de médicos sanitaristas, situação essa não observada no presente trabalho, onde a direção de uma UBS era ocupada por uma assistente social e a da outra por um médico pediatra.

²⁵ Conforme GONÇALVES, 1985.

maneira, pode-se afirmar que os enfermeiros tomam para si, explícita ou implicitamente, a maioria das formas de controle do processo de trabalho nas instituições estudadas.

GONÇALVES (1985) observa uma "inconsistência funcional" no trabalho de supervisão desenvolvido pelos enfermeiros naquele estudo, uma vez que "o que parece perturbar os agentes envolvidos não é esse ponto de vista [a necessidade de controle e supervisão técnica do trabalho coletivo], mas o outro... no fundo determinante, referido ao significado social da direção do trabalho, condensado sobretudo na dimensão do controle. Mas como significados correlatos e inseparáveis, o técnico e o social não são passíveis de eliminação por uma espécie de "estratégia de avestruz", que parece caracterizar as enfermeiras, que se esforçam para justificar-se tecnicamente (supervisão), enquanto ocultam a dimensão também socialmente significativa do controle... O mais importante nessa assunção conflituosa das funções técnicas e sociais do trabalho é que a possibilidade da sua racionalização de forma consistente com um padrão tecnológico estruturado sobre o coletivo (a equipe de trabalho) *terá limitações importantes e significativas...*" (p. 300). Associe-se a isto o fato de que a inconsistência organizacional destacada não pode ser tomada enquanto *fato a ser corrigido* pelo mero esclarecimento técnico de papéis e funções, mesmo considerando que essa postura foi adotada por vários autores da área de enfermagem na década de 70 como forma de resolução dos conflitos do processo de trabalho em enfermagem.

As *limitações importantes e significativas* destacadas pelo autor, associada ao abandono da programação enquanto eixo de trabalho das UBS, talvez tenha determinado, ao longo do tempo, o simples abandono da função de supervisão técnica pelos enfermeiros, e certamente da função assistencial direta e a aceitação pura e simples das funções de controle, escamoteadas agora não mais como supervisão, mas diluídas nas inúmeras "outras tarefas"²⁶ assumidas por esse profissional.

CASTELLANOS (1987) assinala que "o não enfrentamento do conflito na assunção do objeto de trabalho do enfermeiro - cuidado direto - tem dificultado o "desvendamento" de seu conteúdo real, possibilitando que ao enfermeiro possa ser atribuído, ou pelo menos "cobrado", qualquer tipo de

²⁶ Esse termo, definido também como "quebra galho", foi o mais frequente na descrição das próprias tarefas realizadas pelas entrevistadas envolvendo, ao que parece, em determinados momentos de vazio de direção, a resolução de todo e qualquer tipo de problema identificado nas UBS.

atividade e, nessa perspectiva, geralmente se cobra o que "os outros" não fizeram... evidenciando, assim, que o tempo do enfermeiro não lhe pertence, não pode ser administrado conforme sua opção" (p.336).

O fato do enfermeiro representar a continuidade de tempo e de lugar da organização social, verbalizada pelas entrevistadas como "responsabilizar-se por tudo", não se traduz em assunção de maior autonomia ou autoridade. Sua presença é percebida muito mais como agente de controle, enquanto representante de normas institucionais, do que como espaço para intervenções assistenciais de enfermagem.

A mesma autora observou a configuração do trabalho do enfermeiro em centros cirúrgicos como a inserção da enfermagem como um trabalho coletivo (cooperativo) e do enfermeiro como um trabalho indireto, cujo objeto é a atividade gerencial e o ensino: A exemplo do papel ocupado pelos enfermeiros nos hospitais, onde foi transformado progressivamente em executor de funções administrativas e de controle; No entanto, essa transformação de papéis vem sendo negada no discurso dos profissionais inseridos nas UBS sustentados na bandeira das ações assistenciais diretas, o que se pode observar é a reprodução do mesmo modelo hoje nas UBS.

Dessa forma, o profissional enfermeiro, neste estudo, deixa de ser um membro da equipe de enfermagem para passar a ocupar um espaço relativamente independente, enquanto executor do controle social do trabalho dentro das UBS. A relativa autonomia observada entre o trabalho médico e o da equipe de enfermagem nas UBS, implica numa divisão de trabalho onde a última supostamente se responsabilizaria por ações preventivas e os primeiros por intervenções curativas. Neste estudo, essa relação apresenta uma outra configuração, caracterizando a equipe de auxiliares muito mais como *auxiliares médicos*, do que como uma equipe de enfermagem com contornos e funções próprias.

Uma tal hipótese, tem desdobramentos importantes para o espaço social do trabalho de enfermeiro e para o repensar da inserção da profissão nas instituições de saúde. A assunção da função de "trabalhador indireto" e o conseqüente desenvolvimento de atribuições como "representante da organização formal", não confere ao enfermeiro autonomia para tomar decisões ou mesmo autoridade; mesmo sendo ele, às vezes, a única manifestação explícita da organização formal. Ao contrário, confunde o seu

espaço e limita as possibilidades de um "re-definir" ou reorientar de papéis. A característica de "*praxis reiterativa e imitativa*", marcante na profissão, na qual a intencionalidade fica omissa ou oculta, parece ser a marca do posicionamento dos profissionais nas UBS.

Retorna-se a CASTELLANOS (1987) para afirmar que a hegemonia observada do "sistema funcional"²⁷, retraduzido no papel profissional dos enfermeiros estudados, deriva da própria organização institucional, ou seja, ela o mantém. Por outro lado, uma outra alternativa de ocupação de papel na organização pressupõe o questionamento e a abertura a mudança. Qualquer tentativa de alterar o papel e o espaço social do enfermeiro nas UBS hoje seguramente seria visto como intenção de alterar a composição das fontes de poder. Um reposicionamento profissional deve se dar enquanto busca de novos caminhos e estratégias para a assunção, pelo enfermeiro e pela instituição, de um modelo assistencial coerente com as necessidades sentidas e latentes dos indivíduos e, assim, enquanto compromisso com a melhoria da qualidade de vida da população.

²⁷ A autora analisa a função do enfermeiro a partir de dois papéis inseridos na organização, o "sistema burocrático ou funcional" em oposição ao "sistema profissional". O primeiro é visto enquanto o exercício da racionalidade funcional ou instrumental, através da ênfase à organização do serviço, à técnica e à reificação do mundo social, com uma finalidade aceita como intrínseca e inquestionável.

3. *Quanto às práticas institucionais e o modelo assistencial*

As Instituições de saúde são aqui tomadas enquanto espaços sociais dentro dos quais se desenvolvem relações complexas. Nesse sentido, as práticas institucionais se inserem em um processo histórico a partir do qual sua configuração vai sendo moldada. Apesar de não ser objetivo deste trabalho efetuar esse resgate histórico, é importante pontuar duas questões que parece estar na base das representações caracterizadas.

A primeira refere-se à constituição da demanda dos Centros de Saúde que foi caracterizada na hetero-representação profissional sobre "quem é e como é" a clientela atendida, e a segunda remete às bases de formação do modelo assistencial hoje efetivado e em transformação nas UBS.

3.1. *A configuração do modelo assistencial: bases históricas e conceituais do Programa de Saúde da Criança*

3.1.1. *A formação da clientela*

A análise da organização dos serviços de saúde no Brasil começou a ser realizada de forma mais expressiva a partir da década de 70, principalmente a abordagem dos significados de determinado tipo de organização que começou a se definir naquela década²⁸.

Esses estudos puderam demonstrar algumas questões significativas para a compreensão do modelo assistencial desenhado nessa mesma década enquanto alternativa para a posição do Estado na questão materno-infantil, quais sejam:

- a importância do Estado na constituição da estrutura de produção de serviços de saúde, dada a sua condição de principal comprador de tais serviços na área previdenciária, situação esta que se aprofundou após as décadas de 80 e no decorrer da de 90;
- a direção assumida pela atuação do Estado em termos da progressiva extensão dos serviços de saúde às categorias sociais mais significativas;

²⁸ Ver a esse respeito: DONNANGELO, 1975; LUZ, 1979; BRAGA, 1978; SINGER, 1978; GONÇALVES, 1979; SUCUPIRA, 1981.

- da ênfase sempre presente e particularmente acentuada durante a década de 60 e posteriormente durante as décadas de 80 e 90, do caráter privado dos setores responsáveis pela produção de serviços de saúde;
- da diferenciação progressiva, a partir das décadas de 70 e 80, facultada inicialmente pela política previdenciária e posteriormente pelos próprios contornos do SUS, do setor privado de assistência médica passando pelo produtor privado individual aos setores empresariais ou "medicina de grupo", que assumiram particular importância ao longo das décadas de 80 e 90, representando atualmente um dos principais produtores de serviços de saúde no Brasil;
- a relativa marginalização do setor de Saúde Pública em relação à assistência médica previdenciária nas décadas de 60, 70 e 80 e o caráter tendencialmente complementar dos programas de extensão de cobertura desenvolvidos pela área de saúde pública nas décadas de 80 e 90 se comparados com o modelo de medicina assistencial;
- as articulações que se pode desenvolver entre os desdobramentos históricos da medicina assistencial e da saúde pública e as mudanças econômicas e políticas ocorridas na sociedade brasileira, primeiramente com ênfase na progressiva diferenciação do processo de acumulação de capital ocorrido como resultado da industrialização, do populismo e da política autoritária pós 64 e, mais recentemente, pela democratização política mas não econômica do modelo neoliberal assumido pelo Estado.

A evolução histórica do modelo assistencial brasileiro e sua análise nos diferentes momentos (que também pode ser observada nos estudos citados) possibilitam melhor compreender a configuração do modelo assistencial, mais ou menos definido, atualmente assumido pela área de saúde da mulher e da criança. Possibilitam, ainda, compreender o estabelecimento de prioridades efetuado por esse setor; a distribuição não aleatória das diferentes parcelas da população pelos diferentes setores de produção de serviços; as particularidades da população que acorre aos serviços locais de saúde; a configuração da tecnologia do trabalho assumida pelos profissionais da área de saúde pública, e os impasses atualmente colocados para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A unificação do sistema previdenciário sob a forma do Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 completou o processo de expansão da assistência médica a todos os beneficiários da Previdência, mas não foi acompanhada da pretendida uniformização da mesma assistência à totalidade dos assalariados. Em lugar disto, possibilitou a inserção de uma nova diferenciação e estratificação da assistência médica oferecida.

As novas exigências dos setores de produção com relação à manutenção e reprodução da força de trabalho não encontra, nos serviços previdenciários, uma resposta adequada aos interesses da produção. A prestação de serviços médicos pelas empresas de medicina de grupo, através de contratos com as empresas nos diversos ramos da produção, representa uma das alternativas encontradas no interior da Previdência Social, capaz de atender às pressões por formas mais diferenciadas de consumo por parte dos trabalhadores, e ainda, conforme afirmado por SUCUPIRA (1981), uma forma mais eficaz de controle da força de trabalho.

Dentro dessa alternativa, a diferenciação dos serviços de atenção médica passa a ser feita em função da qualificação da mão de obra e da conseqüente diferenciação de serviços, introduzida no interior de uma mesma empresa pela posição ocupada pelo trabalhador e pela renda obtida pelo mesmo; e pela posição de ponta ocupada por algumas empresas o que determinava um padrão mais ou menos racionalizado de assistência médica. (CORDEIRO, 1981)

O quadro acima explicitado reveste-se de importância para a análise do modelo assistencial atual, uma vez que tal configuração começa a ser desenhada alguns anos antes da unificação da Previdência, mais especificamente em 1964, quando é estabelecida a primeira forma de contratação de serviço privado efetuada pela Previdência (naquele momento representada pelo Instituto dos Industriários). A continuidade dessa forma de prestação de serviço passou a ser privilegiada pelo INPS anos depois, assegurada pela articulação havida entre o Estado e o setor privado.

Como resposta à exigência de generalização do consumo de serviços médicos para contingentes mais amplos da população, o Estado passa a ocupar lugar decisivo na orientação privatista dada à atenção médica e, posteriormente, para a atenção à saúde. Pode-se identificar a partir desse momento a cristalização dos interesses dos diversos setores da produção de serviços de saúde, os interesses do setor médico empresarial e as pressões dos

movimentos populares, privilegiando sobretudo o setor privado na prestação de serviços.

Essa tendência continua a ser implementada durante as décadas de 80 e 90, mesmo após as exaustivas "batalhas" travadas para a definição do espaço dos serviços privados no atual SUS. O exemplo mais recente da consolidação desse modelo é o PAS implementado pela Prefeitura do Município de São Paulo.

Ao longo dessas duas décadas, o Estado mostrou-se ineficaz para o controle dos convênios médicos e ambulatoriais, permitindo uma grande evasão de recursos financeiros sem a contrapartida assistencial esperada.

O processo de expansão ou de privilegiamento do setor médico privado é sintetizado por DONNANGELO (1975) como consistindo "na afirmação de um padrão geral e constante de compra de serviços pelo Estado, com o que, embora introduzindo no mercado mecanismos de controle de preços, ele evita assumir papel significativo como produtor; comporta formas de redefinição da política estatal tendencialmente favoráveis à preservação do setor privado, expressas por variações no padrão de compra de serviços que se estende, desde a compra direta, a novas formas de autonomia do produtor privado na manipulação de meios de produção originalmente sob controle do Estado." (p. 44)

Pode-se considerar, portanto, que as diferenças que se instalam no quadro atual da assistência à saúde, considerando por um lado, a unificação do Sistema e a incapacidade do Estado em dar continuidade ao financiamento do setor privado, e por outro, também em responder às crescentes demandas da população, por outro, têm suas origens no quadro citado e, principalmente, na vulnerabilidade assumida por este na atenção à saúde ao longo do processo histórico.

A unificação do Sistema de Saúde se dá dentro de um quadro onde os usuários e suas demandas deixam de ser específicos e passam a se mesclar na utilização das UBS e dos serviços ambulatoriais e hospitalares próprios e contratados da Previdência Social, passando essas três instâncias prestadoras de serviço a responder a um gerenciamento único.

Propõe-se aqui então, que a unificação do Sistema de Saúde Brasileiro teve implicações importantes para as relações estabelecidas entre profissionais de

saúde e clientela usuária, em parte provocada pela mudança no perfil dos usuários. Os Centros de Saúde, desde a sua constituição, tiveram uma definição específica de clientela composta por um grupo social relativamente delimitado, formado pelos excluídos do sistema previdenciário, portanto, conforme afirma SUCUPIRA (1981) "a clientela, além de não ter direitos precisamente estabelecidos junto à Instituição, em geral não os tem em relação a nenhum outro tipo de serviço de saúde; ela se define pela sua ausência de direitos (p. 170).

Essas mudanças são ainda mais marcantes, uma vez que os perfis observados na clientela que buscava os centros de saúde da Secretaria de Saúde do Estado, os ambulatórios e hospitais próprios do INAMPS e os serviços de medicina de grupo eram muito diferentes entre si, apresentando vínculos institucionais específicos e posturas também próprias em função desses vínculos. Deve-se assinalar também que o perfil das práticas desenvolvidas pelos profissionais nas diferentes Instituições revestia-se também de especificidades.

Conforme assinalado por SUCUPIRA (1981), os hospitais próprios do INAMPS caracterizavam-se por apresentarem instalações de maior porte, utilização de pessoal mais qualificado e equipamentos de alta especialização destinando-se, portanto, à atividades de alto custo operacional e baixa lucratividade.

Os serviços ambulatoriais, por sua vez, contavam com um grande número de especialistas e acesso a exames laboratoriais, o que diferenciava esta forma de atendimento, uma vez que respondiam por 57% do total de consultas médicas realizadas contra 4% de internações (POSSAS, 1980). A diversificação e extensão dos serviços enquanto forma de resposta a pressões por consumo, associada ao privilégio do setor privado na atenção médica subordinando essa extensão e diversificação aos interesses daquele setor pode ser destacada como a característica básica desses serviços.

Na medida em que os serviços disponíveis eram insuficientes para o atendimento da demanda, estabelecia-se o que SUCUPIRA (1981) denomina de *mecanismos de contenção e expulsão da clientela*, que se caracteriza por um conjunto de procedimentos que objetivavam criar obstáculos ao aumento da demanda e o estabelecimento de pressão sobre os serviços próprios; exemplos desse mecanismo são a impessoalidade da relação e o não estabelecimento de qualquer compromisso entre usuários e serviço além daquele de propiciar o acesso a algum tipo de serviço médico. O atendimento pediátrico, apesar de

realizado pelos ambulatorios, apresentava a mesma característica acima citada, o mecanismo de exclusão utilizado era a eventualidade do atendimento, sem vinculação da clientela a uma proposta específica de promoção de saúde.

Um outro "locus" de prestação de serviço eram os hospitais e clínicas privadas que realizavam o atendimento médico aos segurados mediante financiamento direto pelo INAMPS. Esses atendimentos caracterizavam-se por priorizar atividades que implicavam em tecnologia mais sofisticada, porém com custos não elevados, uma vez que a forma de pagamento desse tipo de prestação de serviço era efetuada em função do montante e tipo de serviço prestado.

A consequência desse tipo de modelo se traduz numa política previdenciária que priorizava o atendimento médico-hospitalar sofisticado em detrimento do atendimento ambulatorial tecnologicamente mais simples e de baixa lucratividade. Por outro lado, possibilitou distorções gerando um grande número de procedimentos desnecessários e o aprofundamento da crise financeira da Previdência. (MELLO, 1977)

Neste contexto, os serviços próprios se articulavam com a rede credenciada ampliando as possibilidades de acesso de uma grande massa de trabalhadores a um consumo médico diferenciado e diversificado, quantitativamente expressivo, apesar de sua qualidade questionável. Por outro lado, a clientela coberta por esse tipo de assistência à saúde caracterizava-se por sua vinculação à empresas de pequeno porte, com emprego de uma mão de obra menos qualificada.

Um segundo grupo que passou a buscar as UBS é composto pelos trabalhadores vinculados à empresas que oferecem convênios médicos através da medicina de grupo. Em função das altas taxas de desemprego e também da mobilidade da mão de obra, esses trabalhadores acabam por perder o direito de uso desse tipo de assistência ao se desvincularem das empresas. Em sua grande maioria, são trabalhadores de empresas de ponta uma vez que parte do financiamento desses convênios é oriunda das próprias empresas e uma outra parte coberta pelos recursos da Previdência. Esse tipo de assistência caracteriza-se por efetuar o controle da força de trabalho e por oferecer um padrão de consumo médico diferenciado se comparado aos serviços próprios da Previdência; os trabalhadores e usuários, por sua vez, apresentam um perfil

que os caracteriza pelo melhor poder aquisitivo (se comparados aos antigos usuários dos serviços próprios da Previdência), melhores condições de alimentação, saneamento e trabalho.

Finalmente, o terceiro grupo que ocorre à rede básica de serviços são os antigos usuários dos Centros de Saúde. Esses serviços se responsabilizavam pela assistência médica àqueles sem direito à Previdência Social e também propiciavam o acesso a benefícios materiais que conferia a esses serviços importância fundamental para uma população com condições materiais de existência bastante precárias. Os usuários desses serviços eram caracterizados como não participantes ou participantes eventuais do sistema produtivo, confundidos com as chamadas categorias marginais da população. Outra característica dessa forma de assistência à saúde era o pequeno investimento financeiro, o que determinava a "escassez de recursos materiais e humanos... fato comprovado no âmbito dos serviços de saúde ligados ao Estado" (ALBUQUERQUE, 1979). A assistência médica nos Centros de Saúde, portanto, caracterizava-se pela simplificação e diversificação restrita dos serviços oferecidos distinguindo-se, desta forma, da realidade do INAMPS e dos convênios.

A partir do momento em que os recursos passam a ser escassos para o atendimento do princípio de universalização da assistência, os serviços privados rompem sua antiga aliança com o Estado através dos descredenciamentos, aprofundando ainda mais a crise financeira e ética na qual o Sistema de Saúde mergulhou.

Com poucos recursos financeiros, dependente dos serviços privados contratados para a efetivação dos princípios de universalização e de hierarquização dos serviços de saúde, e com UBS e ambulatorios com um grau de simplificação tecnológica não condizente com as necessidades de saúde da população, o Sistema Único de Saúde é inserido na Revisão Constitucional de 88.

3.1.2. O Programa de Saúde da Criança

Os serviços básicos de saúde (Centros de Saúde) surgiram no Brasil na década de 20, com um papel importante na concretização do projeto de saúde pública, qual seja, o de aumentar o controle do Estado sobre a saúde da população em geral, através de um projeto educativo. Nesse momento a ação da Saúde Pública era definida, de um lado, pelo "baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia" e de outro pelas características de um "Estado que apesar de se querer nacional possuía bases financeiras e sociais estreitas, o que lhe restringia a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais". Junte-se a isso a crise do modelo econômico vigente e do próprio Estado, com uma conseqüente plora nas condições de vida e o recrudescimento dos movimentos sociais. (BRAGA, 1981)

A saúde materno-infantil surge como prioridade do Estado num determinado momento histórico, uma vez que apenas em determinadas conjunturas nacionais foi definida como questão prioritária.²⁹ GOMES (1988) afirma que os problemas de saúde materno-infantil só seriam abordados como questão coletiva quando pudessem afetar os interesses de classes sociais dominantes e, também, quando se dispusesse de um conjunto tecnológico para enfrentar a questão. Esse processo se dá juntamente com a constituição dos primeiros Centros de Saúde no Brasil, com a incorporação do modelo americano de atuação médico-sanitária.

A preocupação com a *higiene infantil* inspirou-se no modelo médico-sanitário preconizado para a Saúde Pública, que se caracterizava por acabar de definir o *grupo infantil enquanto foco individualizado de atenção e a introdução da educação sanitária como técnica rotineira de ação*. Essa definição de prioridades passou a ter corpo institucional através das iniciativas dos Drs. Geraldo Paula Souza e Borges Vieira, que pretenderam implantar a filosofia de Saúde Pública adotada pelo EUA no Estado de São Paulo, conforme discutido anteriormente.

Vale lembrar que um dos serviços analisados neste trabalho foi um dos dois Centros de Saúde implantados no Brasil a partir dessa iniciativa. As finalidades desses serviços são destacadas por ROCHA (1987) como "educação sanitária

²⁹ Vide GOMES (1988) para um aprofundamento no assunto.

popular, imunização contra doenças transmissíveis, orientação sobre puericultura, tratamento dos indivíduos disseminados de infecção e pesquisa dos focos na comunidade", desta forma a orientação geral impressa a esses serviços retratava a filosofia da Higiene Materno-Infantil, qual seja, a que "centrava no comportamento dos indivíduos as raízes dos seus problemas, sem refletir... sobre o saber popular elaborado a respeito dos temas de saúde, sobre a estratégia de vida elaborada pelas camadas populares diante das pressões do cotidiano. (GOMES, 1988, p. 88)

Cabe salientar que desde os primórdios dos Centros de Saúde, a clientela privilegiada pelos mesmos foi definida como "a parcela excluída da sociedade", aqueles que deveriam ser "educados" a partir de conteúdos racionalizadores centrados nos hábitos de higiene pessoal e ambiental (sustentados pelo conhecimento científico da época) e também a partir dos conceitos adotados como "corretos" pelas elites dominantes na busca de moldar o comportamento das classes populares (ou melhor colocado, como aproximar o comportamento destas aos valores das classes dominantes). Portanto, as bases filosóficas dos Centros de Saúde já definiam a sua orientação e o seu papel social, as estratégias disciplinadora, normatizadora e uniformizadora de atitudes impressas posteriormente no PMI tem aí sua base histórica.

Na década de 70, então, surgem as propostas de sistematização das ações de saúde na área expressas pelas *programações*, embasadas em um "projeto que passa a definir a saúde como *medicalização*, ou seja, a obtenção da saúde não passaria pela transformação das condições de vida, mas seria reduzida à ausência de doenças através de programas médicos curativos ou preventivos". Característica importante do momento de surgimento dos programas é que as propostas de educação em saúde, desenvolvidas até então, haviam sofrido um processo de esvaziamento, "em parte pelo agravamento das condições de vida e também pelos baixos índices de saúde que enfraqueceram o discurso higienista e normativo" das propostas anteriores de educação em saúde, sendo substituído pelo modelo hegemônico de tecnologia de atendimento bem mais sofisticado. (GOMES, 1988)

A crise social que se anuncia na década de 70, portanto, é o pano de fundo do surgimento dos programas. "Em termos do próprio setor saúde ficou impossível conciliar interesses e necessidades extremamente contraditórios de todas as parcelas envolvidas. De um lado, o governo federal precisou restringir os

gastos públicos; de outro, a população carente exigiu atendimento, aumentando a demanda; por fim, os setores particulares e os burocratas ficaram inquietos diante da crise que se aproximava, tanto em termos de rentabilidade do setor, para os primeiros, como de eficiência/eficácia, para os segundos". (GOMES, 1988)

A Implantação do Programa de Atenção à Criança (PSC) significou a formalização e a adesão ao Programa Materno Infantil (PMI), que surgiu a partir do Programa da Secretaria de Assistência Médica-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social, sendo posteriormente incorporado pelo Ministério da Saúde através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O PMI se insere enquanto programa de extensão de cobertura num momento em que era necessário conter a demanda que não estava mais sendo absorvida pela medicina curativa sem, no entanto, transformar a opção do modelo de assistência médica individual e curativa. Nessa medida, seu caráter de racionalização do setor saúde em crise se destaca, associado a dois elementos ideológicos marcantes: implementar visões de mundo adequadas à dinâmica social e legitimar um Estado que se identificava com as classes dominantes mas que procurava, através das políticas sociais, apresentar-se como um organismo identificado com os interesses comuns da nação e dos setores sociais menos privilegiados.

A definição de uma ação programática em nível do Estado de São Paulo, foi caracterizada pelo atendimento pediátrico na medida em que vinculou as consultas a um esquema de visitas mensais, cujo objetivo destacado era a ação educativa. As características dessa iniciativa devem ser analisadas, tanto em seu aspecto normativo das práticas profissionais, quanto disciplinador dos comportamentos sociais.

O PMI, enquanto projeto pedagógico, expressa-se através de "uma proposta normatizadora no campo das práticas institucionais, elegendo como estratégia de ação alternativas racionalizadoras que pretendem a extensão da cobertura dos cuidados médicos como um meio de aumentar o seu campo de ação normativa no interior da sociedade brasileira". (SUCUPIRA, 1981, p. 154) Para o alcance desses objetivos, "o atendimento deverá ter um caráter sistemático, programado, sendo o agendamento dos controles o procedimento fundamental. Além disso, deverá ter um sentido educacional, basicamente voltado para a prevenção." (MARQUES, 1981, p. 135)

O sentido educacional intrínseco ao PMI constitui o centro do discurso programático com a finalidade de formar uma nova mentalidade que se traduza em novos comportamentos sociais. A educação, portanto, é vista enquanto estratégia disciplinadora, normatizadora e uniformizadora de atitudes.

O caráter de controle social implícito ao PMI é destacado por MARQUES (1981) ao afirmar que "preferimos manter no centro deste trabalho a proposta do PMI e analisá-la em aspectos que permitam aproximá-lo ao que Luz considera como efeito especificamente político que os planos, programas e políticas de saúde de Estado exercem sobre as classes e grupos sociais subordinados, e que consiste primordialmente num efeito de controle. A este nível o controle é político, porque se destina *prioritariamente e majoritariamente aos trabalhadores, visando ao seu enquadramento disciplinado nas relações sociais existentes.*" (p. 35)

Cabe destacar que o caráter de controle social está presente também no Programa de Assistência à Criança, uma vez que, conforme destacado, sua operacionalização está intimamente atrelada ao PMI. ALBUQUERQUE (1979), refere-se ao assunto afirmando que "a sua essência se traduz no caráter disciplinador e de controle social que ele possui. O que está em jogo não é a recuperação da força de trabalho e sim o controle de elementos que fazem parte da sua reprodução social." (p. 23)

Por outro lado, GOMES (1988) destaca que a prioridade que se pretendeu atribuir ao grupo revelou-se, na verdade, uma tentativa de racionalização do setor saúde em crise, sem interferir na questão central que dizia respeito ao modelo médico assistencial privatista adotado de maneira hegemônica; por outro lado, essa tentativa de racionalizar o setor não significou uma opção em termos de política orçamentária, assumindo um caráter secundário no conjunto das políticas sociais e de saúde.

As propostas que se seguiram ao PSC, tal como a Atenção Integral à Saúde da Criança, reproduziram os mesmos princípios tecnológicos discutidos acima, até o desmantelamento total das ações programáticas substituídas por um tipo particular de resposta: o *pronto atendimento*.

Essa "nova forma de atenção à saúde" centra-se na consulta médica, quase que exclusivamente, enquanto resposta rápida às necessidades sentidas pela população (ou mais precisamente, às doenças sentidas pela população).

No caso específico da saúde da criança isto é muito mais verdadeiro, uma vez que a doença físicas em geral vem acompanhada de um conjunto de outras carências sociais e psicológicas para as quais só é possível uma atenção integrada.

DALMASO (1993) define algumas características reveladoras dessa modalidade de atendimento: "válvula de escape" para os problemas de acesso ao sistema de saúde, resposta à "cultura do atendimento imediato", realizado através de "uma anamnese mínima e de um exame físico dirigido sobre um corpo concebido como não só biológico e individual, mas simplificado". (p. 234)

Definido por características particulares, o pronto atendimento dirigido à criança veio dar resposta à angústias latentes no PSC, os comportamentos maternos "inadequados" resistentes a qualquer ação dos serviços, a demanda sazonal e sempre crescente dos "doentes" se impondo aos "agendados", a impotência dos profissionais diante da "repetição das queixas", dentre outras.

Conforme discutido na análise da "formação da clientela" das UBS, seu aumento quantitativo e em grau de complexidade e, conseqüentemente, dos problemas que os serviços passaram a ter que responder, associado a compreensão conceitual restrita da promoção da saúde da criança, foram o pano de fundo para a priorização da assistência médica individual.

3.1.3. O Programa de Saúde da Criança nas Instituições estudadas

A imagem segundo a qual a população sempre percebeu o Centro de Saúde foi a de uma Instituição assistencial que, além do atendimento médico, fornecia serviços e bens materiais uma vez que, apesar do discurso educativo que permeava a Instituição, era a função assistencial aquela que realmente se efetivava. O que se observa nos serviços estudados são duas realidades distintas que foram observadas nas categorias de suplementação alimentar como prática desejável em IT e práticas de educação em saúde como desejáveis nos dois serviços.

Com a escassez e irregularidade no fornecimento do leite até o seu desaparecimento das UBS, acompanhado também pelo fornecimento irregular e insuficiente de medicamentos a população passou, pouco a pouco, a contar principalmente com o atendimento médico e psicológico, passando para segundo plano as funções assistenciais diretas. Nessa medida, o relacionamento estabelecido entre profissionais de saúde (em especial médicos e auxiliares de saúde/atendentes) e a clientela passou a assumir importância particular. Observa-se que, apesar de não apresentar um desenvolvimento frequente e sistematizado, as atividades educativas são destacadas nas práticas existentes e, sobretudo, nas práticas idealizadas pela população e pelos profissionais, caracterizando as UBS como instituições com um *papel próprio diretamente associado à educação em saúde*.

As *posturas educativas* observadas nas representações profissionais guardam relações com propostas normativas anteriores, como as propostas higienistas para a família aqui retraduzidas no caráter normativo e prescritivo das práticas educativas observadas nos dois serviços.

Nas práticas de educação em saúde observa-se a reprodução do modelo de "transmissão cultural", onde a "prescrição de comportamentos adequados à criança" é utilizada por todos os grupos profissionais, não importando através de qual tipo predominante de comunicação essa ação se efetive. Apesar de não racionalizado, o ato de prescrever pressupõe uma relação de subordinação a quem prescreve, ou seja, os profissionais concebem um espaço de dominação a partir do seu conhecimento, dominação essa que se efetiva na negação de um saber acumulado pela população a partir das suas vivências, e se consolida com uma postura acrítica diante das próprias práticas.

Reconhecendo que as opções pedagógicas não são neutras e refletem a ideologia de quem as opera, observa-se nas práticas dos dois serviços o predomínio da pedagogia da transmissão e daquela centrada no comportamento. Apesar da presença de um tipo de discurso atrelado à determinação social do processo saúde-doença entre os profissionais IT, não se observa a mesma clareza conceitual nas ações educativas efetivadas e nem nas idealizadas.

A pedagogia da problematização, instrumento de uma concepção dialética do processo saúde-doença, não é referida por esse grupo profissional o que reforça o caráter de contradição intrínseco às representações analisadas, por outro lado, ao contrário de todas as propostas recentes, a saúde não é entendida como direito da população a ser adquirido e usufruído via serviços de saúde e condições de vida, mas como decorrência de uma prática individual que poderia ser acessível à maioria da população caso esta se dispusesse a ser educada adequadamente. (ZIONI, 1994)

Por outro lado, observa-se nas ações idealizadas pelo grupo de mães IT a referência às atividades educativas enquanto veiculadoras de informação mas também e sobretudo enquanto ação conjunta envolvendo profissionais e comunidade, deixando antever uma expectativa associada à pedagogia problematizadora reforçando o caráter de contradição das práticas profissionais daquele serviço. Em GPS as posturas educativas valorizadas pelas mães são aquelas marcadas pela transmissão de informação o que não se choca com a postura adotada pelos profissionais.

O que se observa nas representações profissionais, portanto, é uma postura que, apesar de valorizar a ação educativa, não a reconhece enquanto ação estratégica que admite que não existe uma visão ou interpretação única da realidade e suas problemáticas, em lugar disto reafirmam a distância entre o detentor do saber e o aprendiz.

Conforme proposto em documentos recentes sobre a ação dos sistemas locais de saúde "um processo educativo que pretenda capacitar para a identificação e resolução de problemas deve procurar a interação e confrontação dialética de diversos pontos de vista, nutrindo-se do conhecimento novo que a participação gera em situações de grupo, e em um marco caracterizado pela realidade." (OPAS, 1995, p. 43)

A análise do *perfil tecnológico* utilizado pelas equipes dos dois serviços revela algumas particularidades. Os dois grupos elegem como objeto desejável de atenção a família e o ambiente social próximo à criança, porém as ações efetivadas são inexpressivas e isoladas, demonstrando clareza teórica na definição de que a atenção integral à saúde significa atuar com a criança integrada ao seu universo social, acompanhada de dificuldades na definição de um novo desenho tecnológico específico para a atenção à saúde comunitária, uma vez que a simples transposição do modelo da atenção individual para a saúde coletiva vem, de longo tempo, mostrando-se ineficaz para o enfrentamento dos problemas de saúde coletiva e a cada dia com menor possibilidade de responder a uma demanda emergente. A proposição de um novo objeto onde devem ser centradas as ações de saúde, exige a definição de novas tecnologias de abordagem o que justifica ou explica, de certa forma, os insucessos nas tentativas de operacionalizá-lo.

A afirmação segundo a qual a formação segmentada determina uma prática também segmentada o que se opõe à efetivação das propostas de atenção integral aparece nos dois grupos. Essa afirmação, apesar de fundamentada, aparece como justificativa da não-ação, da repetição de modelos aprendidos e não questionados, ou seja, como escudo da própria incapacidade de criar ações transformadoras.

Observa-se que a inserção do pronto atendimento na rotina dos serviços provocou uma desestabilização conceitual nos profissionais, reforçando o caráter medicalizante da atenção à criança. A oposição estabelecida entre a ação programática e o atendimento eventual provocou, num certo momento, uma dificuldade de definição do objeto de atenção dos programas de saúde da criança, fazendo supor um objeto preventivo - a criança sadia, e outro objeto curativo - a criança doente. Tal oposição conceitual, no entanto, não foi observada entre as mães que, de certa forma, deslocaram a criança doente do pronto socorro para a UBS, passando a reconhecê-la enquanto "locus" de promoção e de recuperação da saúde. Esse fato é melhor observado na unidade básica GPS, uma vez que as duas ações - promoção e recuperação da saúde - coexistiram de forma diferenciada após a implantação do pronto atendimento; em IT essa diferenciação não é tão clara, uma vez que "o acompanhamento" se confunde com o "atendimento da criança doente", que aparece como parcela significativa da demanda dessa unidade.

A incorporação do "acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento"³⁰, base de sustentação do sistema de agendamentos dos atendimentos realizados pelo Serviço, se dá de forma diferencial pelas mães. Em IT, conforme destacado, a verbalização sobre a ação real da UBS é muito pobre mas deixa transparecer uma não adesão ou reconhecimento dessa proposta, bem como a não subordinação às rotinas que a acompanham e efetivam; em GPS observa-se a incorporação ou subordinação a essa proposta e uma situação menos conflituosa na relação estabelecida entre usuário e instituição talvez associada à características representacionais menos díspares sobre o objeto de atenção. No entanto, não se pode reafirmar aqui as observações de SUCUPIRA (1981) segundo a qual a necessidade de acompanhamento da criança quando esta está sadia não parece ser sentida pelas mães como uma medida de prevenção, com repercussões benéficas para a saúde da criança, mas apenas como uma exigência do centro de saúde, um ritual a ser cumprido cujo significado elas não percebem.

Pode-se afirmar que o princípio central da "programação", ou seja, o acompanhamento periódico da criança através de atendimentos agendados, não se efetivou nos serviços locais de saúde nessas quase três décadas de sua implantação, no entanto, nenhum outro modelo alternativo foi tão incorporado no imaginário dos profissionais quanto o princípio de programação. O princípio de trabalho a partir das demandas e das necessidades da população foi incorporado nas UBS segundo uma retradução peculiar, qual seja, a ausência de proposições institucionais e o pronto atendimento enquanto forma de suprir o refluxo dos pronto socorros a partir da definição de áreas de atuação assumindo, desta forma, sua histórica função assistencial.

Cabe salientar, porém, que o princípio do vínculo de uma determinada UBS a uma clientela específica aparece consolidado com características distintas nos dois Serviços. Em IT esse vínculo se estabelece através de mecanismos perversos e instrumentais; os instrumentais apresentam-se muito mais no imaginário da clientela estudada, ainda como traço residual do PMI, ao referirem a necessidade de suplementação alimentar efetivada através das UBS. Os mecanismos perversos se efetivam através da carência de recursos de saúde na região, destacado pelas entrevistadas e observado na caracterização do Município, impossibilitando a escolha de um determinado serviço a partir de

³⁰ Aqui entendido enquanto o esquema de visitas mensais de rotina como parte de uma atitude preventivista que visa a um controle das condições em que esses processos se são, bem como da transmissão de orientações sobre o cuidado com os filhos de uma forma mais ampla. (SUCUPIRA, 1981)

uma avaliação do seu desempenho, ou seja, a ausência de direitos a outros tipos de serviços de saúde permite pouca mobilidade a esta clientela no sentido de consumir serviços mais diferenciados, em lugar disso a clientela é canalizada em função dos serviços existentes, isto considerando que a instituição estudada era a única unidade de saúde com certo grau de complexidade na região. O "vínculo", desta forma, é estabelecido pelo polo negativo da relação, qual seja, a carência de recursos de saúde e a impossibilidade de escolha.

O perfil dos vínculos estabelecidos com o Serviço GPS apresenta características distintas, uma vez que o uso Instrumental é pouco destacada e a região dispõe de diversos serviços. Parece observar-se duas situações, por um lado a proximidade geográfica e a delimitação da área de abrangência parece determinar um certo tipo de demanda, e por outro observa-se uma estratégia de sobrevivência da clientela na Instituição, marcada por mecanismos que objetivam burlar o controle institucional sobre o acesso ao Serviço restrito à área de abrangência. Essas situações parecem ter por base o estabelecimento de vínculos afetivos históricos (várias gerações de uma mesma família têm sua história de saúde inscrita no Serviço); outra base desse vínculo refere-se ao reconhecimento da UBS enquanto "locus" de promoção da saúde, além de um determinado perfil de atendimento próprio que acena para a clientela com um determinado direito (mesmo que ilusório) expresso em ter um pediatra específico para cada criança, agendamento por horário, pressão de demanda menor do que na rede básica. Um terceiro elemento que compõe esse vínculo entre UBS e clientela refere-se à característica da demanda e à localização central do serviço, observa-se em GPS uma demanda composta por ex-trabalhadores de grandes empresas que já tiveram acesso à medicina de grupo e que resistem ao processo de expulsão para a periferia da cidade, para a qual o suposto "direito" parece ser valorizado.

SUCUPIRA (1981) analisa o vínculo estabelecido entre a clientela e o centro de saúde no final da década de 70 afirmando duas vertentes principais: os laços afetivos, de vizinhança e familiaridade associados à proximidade geográfica, também observados neste trabalho; e o uso instrumental, qual seja, "a clientela procura o centro de saúde com uma necessidade explícita, seja leite, remédio ou consulta... na medida que ele preenche suas expectativas mantém-se fixa ao serviço". (p. 177)

Ao buscar as bases explicativas para uma avaliação supostamente positiva do trabalho desenvolvido pelos centros de saúde e que, de certa forma, atuariam como suporte para a manutenção do vínculo, a autora afirma que "é a instituição através da sua prática que cria as expectativas adequadas³¹ junto à clientela... desta maneira as avaliações sobre o centro de saúde... formuladas por aqueles que o freqüentam vão ser sempre satisfatórias" (p.178). Neste particular, observa-se uma situação um pouco diferente nos discursos analisados na medida que as avaliações efetuadas pelas entrevistadas são, na maioria das vezes, claras e objetivas ao apontar os aspectos bons e maus dos serviços, definindo sua vinculação aos mesmos em função do seu universo de valores e não a partir do pressuposto de uma relação maniqueísta onde a instituição tudo determina, inclusive a capacidade perceptiva da clientela. Conceber as relações entre UBS e clientela enquanto relações antagônicas, "ideologizadas", carregadas de conflito e muitas vezes de alianças, não significa afirmar que "a instituição de saúde é o lobo mau e a clientela o chapeuzinho vermelho", seria ingênuo negar o papel de sujeitos sociais que a clientela exercita nas suas relações com as UBS.

Essa relação coloca-se hoje, especificamente no atendimento à criança, com um grau maior de complexidade do que o observado na década de 70 quando da implantação do Programa de Saúde da Criança pela SESP. Se naquele momento os centros de saúde colocavam-se como única alternativa para os excluídos do sistema previdenciário, após o reordenamento do Sistema de Saúde a partir da sua unificação essa realidade passa a ser mais complexa, uma vez que os "excluídos de direitos" (cliente dos centros de saúde) passam a ter como parceiros os antigos previdenciários tidos como plenos de direitos. Sem discutir a virtualidade desses papéis, observa-se que de uma relação puramente instrumental e de subordinação, os usuários das UBS começam a desenhar um outro tipo de demanda, conforme observado nas categorias analisadas, mais próxima do caráter preventivista e educativo propalado pelo PSC nas suas várias versões ao longo do tempo.

Admite-se que é na articulação do discurso educativo com as práticas assistenciais que se pode apreender o caráter do atendimento dirigido à saúde da criança realizado nos centros de saúde. O confronto dos planos real e ideal das representações sobre as práticas dos Serviços expressam preocupações diferentes nos grupos analisados. Ao referirem-se às práticas efetivadas pelo

³¹ Grifo do Autor

mesmo, as frequências são bem menores entre mães e profissionais IT do que em GPS, no entanto no plano ideal o mesmo não se repete. Conforme afirmado anteriormente, falar do real significa reconhecê-lo no cotidiano vivido, e falar do ideal representa estabelecer a distância entre o desejo e a realidade objetivada. Desta forma, a fala materna em IT indica muito mais "o que o serviço não faz", do que propriamente as práticas desenvolvidas.

As práticas afirmadas como desejáveis para os serviços são caracterizadas em função das necessidades assistenciais nos grupos de mães GPS e IT; dentre os profissionais do grupo GPS a preocupação se concentra nas questões intra-institucionais, muito mais do que no modelo assistencial, o que indica planos distintos de preocupação e de priorização. Conforme observado por QUEIROZ e cols (1992), parte expressiva dos entrevistados naquela pesquisa destacaram a normalização ou padronização do trabalho enquanto elemento necessário e até definidor da qualidade do serviço, demonstrando também ali a preocupação relevante dada as questões intra-institucionais.

No grupo profissional IT a mesma situação se repete, no entanto, o modelo assistencial também é destacado em função do objeto de atenção à saúde, ou seja, o deslocamento da ação individual para a comunitária, o que parece indicar que as representações desse grupo profissional estão mais próximas das maternas, pelo menos no que se refere ao trabalho desejável para a UBS. Outro aspecto que afirma essa característica é a referência às ações compensatórias como desejáveis nos dois grupos IT, mães e profissionais. Para as mães essas ações deveriam ser de responsabilidade das UBS e para os profissionais são atribuídas ao Estado.

A observação conjunta dos dados que conformam as representações profissionais sobre suas próprias práticas, sobre as práticas dos serviços de saúde e sobre as práticas idealizadas por esses agentes, revelam e/ou confirmam características representacionais específicas.

Conforme apontado anteriormente, o grupo profissional IT caracteriza-se por apresentar uma estrutura discursiva onde a ação político-social está muito presente expressa na opção por trabalhos comunitários afirmando a importância da participação da população nas decisões sobre o seu destino, postura essa observada principalmente nas referências às práticas idealizadas. No entanto, observa-se nas referências às práticas efetivadas uma postura ideológica contraditória com essa primeira visão, qual seja, a afirmação de uma

pobreza vivencial e conceitual na população. Essa postura caracteriza uma visão de mundo e o estabelecimento de determinado tipo de relação entre profissionais e comunidade marcada pelo antagonismo e pela contradição, de um lado, e reveladora de um perfil ideológico específico, qual seja, o da participação permitida, ou da participação supervisionada (não condizente com as expressões conceituais destacadas anteriormente). Por outro lado, observa-se um discurso que se distancia do saber científico, fortemente marcado por elementos do senso comum, mesmo entre profissionais com formação especializada.

Um tal discurso "ideologizado" e o perfil representacional observado pode estar associado ao fato de que a equipe de trabalho IT foi formada sobretudo há menos de três anos, coincidindo com o período de desenvolvimento da Pesquisa Participante na região. Considerando que a participação de alguns desses profissionais nesse processo de mobilização comunitária poderia, de certa forma, imprimir concepções específicas aos seus membros ou ainda admite-se que a própria escolha dos profissionais para a formação da equipe de trabalho tenha seguido critérios que privilegiaram as concepções sociais de macro determinação. ZIONI (1994), ao analisar os impactos da Pesquisa Participante na região, refere que diversos fatores "dificultaram a fixação de práticas participativas na memória dos Serviços de Saúde da área. Além disso, a própria dinâmica da pesquisa - *que não se envolveu profundamente com o Centro de Saúde*³² - poderia ter contribuído para esse fato." (p. 131) Essa afirmação reforça a hipótese acima levantada sobre a determinação do perfil representacional IT.

No grupo de profissionais GPS observa-se um discurso mais organizado teoricamente, onde as práticas idealizadas não se confundem com as práticas efetivadas, e também um discurso mais técnico e localizado no conhecimento científico. Por outro lado, as relações efetivadas e também as idealizadas entre profissionais e comunidade apresentam uma característica de não contextualização, restritas ao reconhecimento das relações entre profissionais e famílias; o reconhecimento do papel social dos profissionais de saúde não é referido, assim como a determinação macro-social da saúde. Deve-se destacar que as dificuldades de sobrevivência são menos marcadas ou pelo menos apresentam características distintas daquelas da população IT, o que poderia determinar uma tal visão. Por outro lado, o discurso desse grupo é sobretudo

³² Grifo nosso.

"programático", ou seja, concebem a atenção à criança apenas a partir de uma visão de programação das ações de saúde; os determinantes desse traço representacional podem ser identificados na própria história da instituição uma vez que a mesma passou por gestões administrativas que privilegiaram essa estratégia através de um trabalho de planejamento participante a partir do qual as concepções profissionais parecem ter sido moldadas ou transformadas.

Outra característica destacada na comparação dos perfis representacionais refere-se à posição das equipes e dos profissionais no espaço institucional. Observa-se que os discursos são emitidos a partir de dois "loci" de ação: a promoção da saúde da criança e o atendimento das demandas imediatas trazidas pela população, espaço esse ocupado pelos profissionais auxiliares e médicos; e a ação centrada no núcleo social, mental da população infantil, representado pelos profissionais da equipe de saúde mental e por profissionais de áreas específicas, tais como nutrição, educação em saúde, dentre outros. Esses dois núcleos se auto-definem e são definidos por oposição dentro dos Serviços, oposição conceitual sobre o objeto de atenção, oposição pelo desconhecimento da ação do outro e, sobretudo, oposição na busca de ocupação de determinado espaço institucional, espaço esse que confere poder de retradução das prioridades da instituição e da população, e também poder de decisão a partir dessas necessidades; por outro lado, essa oposição visa o reconhecimento desse espaço de poder pela população e a subordinação desta. No primeiro grupo observa-se um discurso apoiado nas ações reais, efetivadas pelos profissionais e priorizadas pela unidade de saúde, no segundo grupo o discurso apela-se sobretudo nas ações idealizadas, naquilo que deveria ser feito segundo o universo representacional dos profissionais, dando pouco destaque as ações reais.

Deve-se reconhecer que os médicos e auxiliares recebem a pressão da demanda aos serviços de forma direta e são impingidos a responder a ela, funcionando como escudos ou anteparos dos serviços, e assim são reconhecidos pelos seus pares (equipe profissional não médica) enquanto executores do trabalho cotidiano. Por outro lado, a tecnologia do trabalho nessa equipe parece relativamente definida em seus contornos e objetivos, mesmo que se faça críticas a ela, o que contribui para uma imagem de ação consolidada e não passível de mudanças. É a partir desse espaço institucional que os profissionais da "equipe de porta" exercem a violência simbólica,

sustentados pela crítica e pelo reconhecimento dos seus pares, e pela ocupação de um espaço de poder virtual.

Por outro lado, observa-se que a tecnologia de trabalho dos outros profissionais da equipe, inclusive enfermeiros, aparece referida com pouca clareza nos seus contornos e métodos, assim como seu objeto e espaço profissional específico de atuação. Essa equipe se auto-atribue a tarefa de melhoria da qualidade da assistência oferecida, melhoria essa que ocorreria a partir do reconhecimento do seu papel dentro de uma equipe Multiprofissional, no entanto, observa-se uma lacuna significativa entre o discurso e as práticas efetivamente desenvolvidas por esses profissionais na promoção da saúde da criança e enquanto membros de equipes. Essa lacuna pode ser parcialmente explicada pela recente incorporação desses profissionais às UBS, por um lado, e principalmente pela pseudo divisão do saber, e também do poder, sobre as orientações de "puericultura" e sobre a intervenção de caráter preventivo operada nos serviços de saúde a partir da implantação do PSC na década de 70; no que se refere ao projeto educativo desse mesmo programa a saúde da criança deixa de ser área de domínio médico colocando-o, supostamente, numa posição periférica restrita às consultas, enquanto elemento marginal à filosofia do PSC.

No entanto, o que se pôde observar no presente estudo foi o fortalecimento não mais do médico, enquanto entidade máxima, mas de uma equipe formada por médicos e auxiliares que se aglutinou em torno do mesmo objeto numa aliança de interesses efetivada entre o "projeto assistencial" e o "projeto educativo" das UBS, com benefícios para ambas as categorias profissionais, para os médicos assegurou o fortalecimento do seu espaço de poder e para os auxiliares a consolidação de um espaço próprio de trabalho.

Essa situação torna-se ainda mais clara ao se observar o espaço de poder conquistado pelos profissionais não médicos nas UBS. Conforme já destacado em outros trabalhos, as equipes profissionais passaram a conquistar/ocupar lugares distintos nas unidades básicas de saúde ao longo da sua história institucional, espaços esses conquistados de forma ativa, como no caso das Equipes de Saúde Mental e das Equipes de Enfermagem; perdidos após uma hegemonia duradoura, como no caso dos Educadores de Saúde; ou simplesmente estabelecidos de forma tácita, como é o caso das Equipes Médicas.

Nas situações analisadas o que se observa, portanto, é uma luta intra-institucional pelo exercício da violência simbólica, ou seja, pela detenção do saber legítimo perante os outros profissionais e a população.

O último aspecto que merece destaque refere-se às *práticas de capacitação de recursos humanos*. Tradicionalmente, ao tratar desse tema, as referências imediatas enfocam os profissionais auxiliares enquanto sujeitos a serem capacitados nas UBS ignorando os profissionais com formação universitária; apesar de representar posição não usual nas teorias de administração de recursos humanos essa postura parece consensual na prática dos administradores das UBS, e se repete nos discursos dos profissionais dos dois serviços. Essa definição de prioridades criou um espaço de atuação na capacitação dos auxiliares de saúde e dos atendentes uma vez que, por definição, são profissionais capacitados em serviço, espaço esse ocupado teoricamente pelos Enfermeiros. O que se observa nos dois serviços é o espelho do quadro da rede local de serviços de saúde.

Observa-se que entre os profissionais GPS há referência a uma história de capacitação, ou seja, atualmente não vêm recebendo treinamentos e as atividades tem sido desenvolvidas a partir do aprendizado pessoa a pessoa, o que gera insatisfação por um aprendizado deficiente e pela responsabilização por ações para as quais não se sentem preparados. Por outro lado, alguns deles já foram capacitados anteriormente, do que resultou uma valorização desses processos e uma expectativa de repetição dos mesmos. Conforme já discutido anteriormente, desenvolveu-se um processo de planejamento participativo para a implantação do Programa de Atenção à Criança, processo esse fortemente marcado pelo seu caráter educativo além dos treinamentos formais efetivados na mesma época.

Entre os profissionais IT a situação é um pouco diferente no que se refere a história de capacitação, uma vez que não referem uma cultura dessa prática, no entanto, expressam a mesma insatisfação observada em GPS. Conforme destacado anteriormente, uma vez que a "capacitação em serviço" é uma tarefa assumida pelos serviços locais de saúde, a situação observada revela uma lacuna importante e uma dicotomia entre o assumido e o realizado, por um lado, e também a não concretização, na prática dos serviços, de uma equipe de enfermagem, mas sobretudo, de uma equipe de auxiliares médicos,

profissionais esses que reproduzem a tecnologia médica de enfrentamento dos problemas de saúde.

SUCUPIRA (1981) já se interrogava, na década de 80, "até que ponto o Programa representa apenas mais uma proposta limitada ao plano do discurso ou em que medida o *Centro de Saúde pretende uma atuação integrada ao seu projeto educativo*"³³.

Essa sempre foi uma das questões levantada pelos críticos e também pelos defensores do PSC, nunca tendo obtido uma resposta. Mesmo admitindo que a tendência do discurso científico atual coloca a estratégia de programação na contramão da história do planejamento em saúde pública, deve-se considerar que os dados observados neste estudo revelam um universo representacional entre os profissionais e as mães que associa o salto qualitativo do trabalho dos Centros de Saúde à efetivação dos princípios de programação e também à inserção das práticas educativas na dinâmica das UBS.

Esses elementos revelam com clareza o distanciamento do discurso científico por referência às práticas cotidianas dos serviços. A situação observada, portanto, não é o convencimento de técnicos e da comunidade sobre as melhores estratégias a utilizar para a atenção à saúde da criança, mas sim a substituição de um modelo - que não se efetivou, mas seguramente criou representações entre os profissionais - por um outro que exigirá a transformação das representações existentes.

Uma segunda problemática que permanece é o impasse da adoção da "puericultura clássica" enquanto paradigma de ações educativas que, ao nível do discurso, objetivam a formação de uma nova atitude diante do processo saúde-doença que implica na incorporação de conceitos veiculados nas orientações e condutas, ao nível das práticas o que se observou ao longo do tempo foi a imposição de normas de alimentação e de cuidados com a criança que visam uma uniformização dos comportamentos das mães na criação dos filhos, reduzindo a promoção da saúde da criança a uma prática de substituição das "maneiras de agir habituais" por "maneiras de agir obrigatórias" com o intuito de disciplinar a vida privada da clientela através da adoção de novos padrões de comportamento diante da saúde e da sociedade (BOLTANSKI, 1974). Ou ainda, enquanto exercício da violência simbólica corporificada nas ações cotidianas dos serviços de saúde.

³³ Grifo nosso

VIII. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA ASSISTENCIAL

A proposta de analisar as práticas profissionais e familiares na promoção da saúde da criança através das representações sociais dos principais atores envolvidos, partiu de uma preocupação gerada pelas observações efetuadas por nós ao longo da vida profissional. O hiato observado entre o discurso científico e as práticas efetivadas pelos técnicos, bem como as relações de poder estabelecidas entre profissionais e clientela no cotidiano dos serviços de saúde pública, despertaram a curiosidade e acabaram por constituir-se em uma necessidade, dando origem a este e a outros estudos realizados.

Enquanto temática ampla, que poderia resultar em múltiplas facetas de análise, os elementos centrais da problemática passaram a aflorar no decorrer do desenvolvimento do trabalho e, principalmente, da análise de dados. O modelo assistencial implementado nos serviços de saúde pública/coletiva ao longo das décadas de 70 e 80, qual seja, o Programa de Saúde da Criança, do qual foram observadas diferentes formas de expressão nos serviços estudados; bem como a tecnologia de trabalho desenvolvida pelos profissionais, afloraram como problemáticas marcantes. Esses recortes analíticos foram efetuados, considerando os planos real e idealizado das práticas profissionais e maternas sobre a saúde da criança; sem como novo paradigma de ação, tendo por referência os três níveis representacionais tratados neste trabalho: o institucional, o vivencial e o conhecimento científico.

Apesar de não se apresentar como problemática nova, a discussão do *modelo assistencial* para a promoção da saúde da criança continua nas pautas de trabalho da saúde coletiva, no entanto, os meios para implementar novas propostas não tem se configurado como preocupação. Entendemos que o reconhecimento das representações sociais dos atores envolvidos em dada problemática pode se constituir em instrumental rico de transformação das práticas e, também, de transformação da realidade dos serviços.

Conforme discutido na introdução deste trabalho, o modelo de "promoção de saúde", atualmente discutido em nível internacional, apresenta avanços em relação às propostas desenvolvidas até então, especialmente no que se refere à inclusão dos sujeitos sociais como partícipes das ações de saúde e, ainda, no enfoque multisetorial que o caracteriza. No entanto, carece de especificidade no que se refere à atenção à saúde da criança, uma vez que esta aparece reduzida ao aspecto alimentar e nutricional da questão. Significa em outras palavras, um retrocesso na abordagem do nosso objeto de trabalho, principalmente se considerarmos as premissas da Atenção Integral à Saúde da Criança, na qual observamos elementos teóricos que avançam numa abordagem integradora de aspectos físicos e psicológicos participantes da saúde da criança.

Procuramos, no decorrer deste trabalho, explicitar e entender como as representações dos agentes sociais que se ocupam do mesmo objeto, ou seja, a criança e seu processo de crescimento, desenvolvimento, saúde e doença; se organizam e se expressam em diferentes posicionamentos institucionais e sociais. Isto aproximando-se ou distanciando-se dos serviços de saúde e dos seus agentes, aceitando ou negando os saberes técnico, científico, ou ainda fazendo valer o saber do senso comum.

Pudemos identificar as relações que se estabelecem entre o perfil representacional dos profissionais e seu oposto/complementar das mães entrevistadas. Por outro lado, observamos "*a geografia*" do espaço institucional através dos posicionamento dos grupos profissionais dentro dos serviços, identificados em função dos perfis das representações e das relações de poder daí decorrentes. Nesse plano de análise, pôde-se observar a configuração de uma divisão de equipes de trabalho e de espaços de poder particulares. A "equipe de porta", construção teórica efetuada a partir de semelhanças representacionais, revelou-se como um dos três focos de poder institucional, apesar de sua existência não ser reconhecida formalmente. Desta forma, não se caracterizou uma equipe de enfermagem, uma vez que a mesma apresenta-se fragmentada em "equipe de porta" e enfermeiro. Desta forma, as relações de disputa e de luta pela legitimidade do conhecimento científico, retraduzido nas ações técnicas, foram demonstradas.

Ao aceitarmos a hipótese de Bourdieu sobre a associação entre saber e poder, ou seja, entre o capital simbólico, retraduzido no domínio do conhecimento científico, e sua expressão na determinação das relações inter e

intra-grupais e na constituição dos campos sociais, acreditamos ter desenhado, através das representações, os campos e sub-campos que definidos em determinado contexto de trabalho e de relações com os usuários dos serviços.

No entanto, essa configuração não se apresentou neste trabalho, dentro de uma lógica cartesiana ou de causalidade simples. Observou-se a expressão das contradições sociais e, sobretudo, de uma relação tensional entre os profissionais de saúde e das mães. Essa relação tensional é explicada pelo questionamento, subjacente aos discursos analisados, dos limites do que é socialmente concebido como conhecimento. Trata-se, aqui, do questionamento do conhecimento científico enquanto saber hegemônico, e da negação das suas bases no conhecimento do senso comum. Os dados empíricos demonstraram a existência e a consciência desse saber "naif" por parte dos seus detentores.

Esse impasse parece ainda pouco explorado, qual seja, as lacunas existentes entre representações e práticas dos grupos de usuários e de profissionais de saúde, e destes com o conhecimento científico. Deve-se questionar: se as representações e as práticas são como são, quais os meios para o alcance da sua transformação e conseqüente viabilização de um trabalho coletivo?

Pensar a constituição das práticas profissionais não se esgota em questionar o modelo assistencial, uma vez que essas não são uma simples decorrência do primeiro. Pudemos observar, no conhecimento científico, o deslocamento da abordagem técnico-estrutural das práticas profissionais para a necessidade de constituição de novas bases éticas e políticas que dêem sustentação as mesmas.

A esse respeito, as práticas profissionais, vistas a partir das representações sociais, possibilitam um novo olhar não mais as considerando enquanto esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. Mas enquanto expressão das subjetividades, que se constituem expressas e inseridas em dado espaço social. Isto implica em conceber o duplo caráter assumido pelas práticas profissionais: o primeiro enquanto ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico; e o segundo, enquanto construção pessoal, subjetiva da realidade e, nessa medida, como experiência pessoal, ação criativa, conhecimento de base empírica, que participa da construção da realidade.

No entanto, o que se observou neste estudo foi a constituição das práticas num contexto onde a "realidade representacional" do cliente é confrontada

com "o problema", enquanto verdade única definida pelo profissional. No nosso estudo, o "momento vivido" e seus "significados" são expressos pelas representações maternas que "falam" das necessidades da criança e das suas próprias necessidades e expectativas. Já a violência simbólica exercida pelos profissionais é expressa na determinação do problema. Este, por sua vez, apresenta assume diversas facetas, constituindo-se em um processo, isto é, o crescimento físico e desenvolvimento psicossocial infantil, ou em um corpo doente, ou seja, as patologias infantis. Nesse embate, as características representacionais determinam diferentes posicionamentos para as práticas.

O elemento humano e interacional das práticas profissionais, portanto, implica em não reduzi-la a uma simples subordinação à técnica e à tecnologia, ignorando seus componentes moral, ético, político e cultural. O que se observa no momento atual da atenção à saúde da criança é a dissolução das responsabilidades dos sujeitos e a transformação das relações interindividuais em relações anônimas e impessoais.

A constituição de um novo sujeito profissional, portanto, coloca a necessidade de uma profunda mudança nas concepções coletivas e também individuais do significado e do agir com as diferenças e não para a sua anulação. Essas diferenças revelam-se, no cotidiano dos serviços, pela inserção dos sujeitos em classes sociais específicas, pela formação profissional, por valores culturais distintos, dentre outras. Transformar práticas e representações significa um trabalho intencional, se queremos realmente uma mudança, ou com mais propriedade, a construção de um novo modelo de atenção à saúde da criança.

Cabe destacar que práticas e representações estabelecem entre si relações dialéticas de determinação. Disto deriva o fato de não podermos pensar em práticas sem a construção de representações, nem em transformação das práticas sem considerar a transformação das representações correspondentes.

A consciência das próprias representações, entre profissionais e mães; das representações do outro - outros profissionais, outras mães; e principalmente dos grupos de mães e de profissionais que estabelecem relações em dado campo social definido pela promoção da saúde da criança, pode representar um ganho qualitativo na atenção a esse grupo populacional. Por outro lado, um tal instrumental teórico possibilita a visualização de uma faceta da realidade que habitualmente não é considerada nos modelos de planejamento ou de

educação em saúde. Essa faceta pode ser considerada como subjetiva, mas é também expressão da realidade na medida que reflete os elementos interiorizados pelos indivíduos e grupos e que são passíveis de transformação.

Se desejamos transformar uma dada realidade é necessário pensá-la em suas expressões objetiva e subjetiva, uma vez que as estratégias de intervenção em saúde são efetivadas por pessoas, indivíduos que representam a realidade e que agem segundo suas representações do real e também as representações do possível. Transformar as ações do homem, portanto, implica em transformar suas representações. Esse processo de transformação não se dá apenas através da evolução científica, mas como resultado de um processo ativo onde "as realidades" são reconstruídas em um contexto de associações e de valores.

Tendo em vista que a puericultura, e na sua retradução atual, a saúde da criança, caracteriza-se como um campo onde o papel profissional exige uma nova tecnologia de ação, caracterizada pela troca de saberes com a população e ainda por uma adequação as suas características sociais, culturais e históricas. E ainda, que a promoção da saúde se apoia, sobretudo, nas ações educativas, deve-se considerar que a formação de uma equipe profissional implica que os seus membros reconheçam e valorizem as competências técnicas dos outros membros e, sobretudo, as competências relacionais.

As representações analisadas expressam a oposição entre cuidados integrais e o atendimento de demandas nas práticas dirigidas à saúde da criança. Podemos observar propostas idealizadas pelos grupos estudados que representam um avanço na atual configuração da promoção da saúde da criança, uma vez que deslocam o objeto central de atenção, do indivíduo-criança, para o grupo familiar e/ou para o universo social próximo.

Pôde-se verificar duas orientações claras nas representações das práticas idealizadas pelos profissionais. Na primeira observa-se a motivação para realizar ações que se associam à "nova puericultura", ampliando o objeto de atenção, qual seja, o *privilegiamento das ações preventivas associadas às curativas, contextualizando-as no universo micro-social da criança*. Esse perfil representacional, apesar de não se expressar nas práticas, significa uma elaboração subjacente da necessidade de transformá-las.

Na segunda orientação observa-se, não apenas uma adequação das práticas na busca de aproximá-las de um contexto mais real, mas, sobretudo, o *deslocamento do objeto de atenção*. Nessa perspectiva, a oposição saúde-

doença é superada pela concepção da saúde enquanto "estado" e parte de um "processo", qual seja o processo de crescimento e de desenvolvimento infantil.

Desta forma, a saúde da criança se inscreve em um processo contínuo dentro do qual a doença é um dos estados possíveis. O deslocamento do objeto, portanto, pressupõe uma visão na qual as ações profissionais são voltadas para o universo infantil, priorizando momentos desse processo que se mostrem fundamentais para "aumentar os momentos de bem estar" e reduzir os momentos de agravos à saúde. A oposição entre ações curativas e preventivas, portanto, não se estabelece neste modelo, uma vez que ambas se apresentam como momentos distintos de um mesmo processo. A característica mais importante desse perfil representacional, é o reconhecimento de que o objeto de atenção à saúde não pode se restringir à criança, mas deve incorporar o seu "entorno", ou seja, o seu ambiente social próximo. Esse perfil representacional apresenta elementos que o aproximam dos pressupostos do novo paradigma de "promoção da saúde", especificando elementos próprios à saúde da criança.

No entanto, mesmo com a presença de representações com contornos e proposições tecnológicas claras, as práticas concretas não indicam uma ação transformadora, condenando o universo idealizado a permanecer no plano das idéias. A análise das condições que possibilitam a transformação das práticas pode ser elucidativa dessa questão.

A contradição entre as representações sociais e as práticas, se expressa por uma relação tensional que pode levar à transformação de uma ou da outra. Parece caracterizar-se, neste trabalho, uma transformação progressiva das representações, ou seja, sem ruptura nem dispersão do núcleo central representado pelos pressupostos do modelo preventivo-curativo e individual de atenção à saúde. Esse tipo de transformação representacional, no entanto, não se repercute nas práticas. Para que a transformação abrangesse práticas e representações outros elementos deveriam ser considerados.

As situações nas quais os profissionais dispõem de autonomia em relação às pressões advindas da situação vivenciada nas UBS estudadas é parcial. Disso resultam práticas técnico-dependentes, arraigadas a modelos anteriormente construídos, como por exemplo, na reprodução dos paradigmas da prática médica. As relações de poder estabelecidas entre os grupos profissionais,

exercem aqui papel determinante para a transformação superficial das representações e para a permanência das práticas.

Por outro lado, observa-se que *as práticas profissionais desenvolvidas apresentam uma característica de cerceamento relativo*, uma vez que os atores dispõem de um conjunto de escolhas possíveis, sem que resultem em situações irreversíveis. Pelo caráter de relatividade da coerção, alguns mecanismos de pressão profissional e institucional, tornam obrigatória a repetição de determinadas práticas. Exemplo característico dessa reprodução são as afirmações da Equipe de Saúde Mental, ao mencionar como impeditivo para o desenvolvimento de novas práticas, o fato das mesmas não serem reconhecidas como trabalho, uma vez que não se expressam em "atendimentos individuais", quantificáveis, reconhecíveis numa objetividade institucional.

Os sistemas de coerção aparecem, nas situações estudadas, como ambivalentes, uma vez que não são observados no discurso formal das Instituições, mas foram interiorizados pelos profissionais e, de certa forma, também pelas mães. Exemplo característico dessa coerção é a associação estabelecida entre "ser atendido" pelo serviço e "passar no médico". Este tipo de situação é determinada, ao mesmo tempo, pela representação que o indivíduo faz da situação e também por características subjetivas das mesmas.

Devemos observar que os profissionais estudados foram confrontados com duas situações distintas: *uma situação de reversibilidade, constituída pelas práticas anteriormente desenvolvidas e que foram a base das representações; e uma segunda de irreversibilidade, expressa no pronto atendimento enquanto uma prática resultante de uma decisão político-administrativa.*

Na situação reconhecida pelo indivíduo como reversível, as práticas desenvolvidas têm poucos efeitos sobre a representação, seu caráter percebido como provisório pode amortecer o processo de transformação. Os elementos novos e discordantes serão considerados e integrados na representação, porém apenas os elementos periféricos serão transformados conforme o observado. A modificação da representação será perceptível, porém superficial, uma vez que os elementos do núcleo central não são questionados. Isto possibilitou, no caso concreto, a efetivação da segunda situação, reconhecida como irreversível, ao menos em um dos serviços estudados.

Na situação percebida como irreversível, no caso o pronto atendimento, a autonomia do sujeito e suas possibilidades de manter seu sistema anterior de representações está reduzida. Neste caso, o restabelecimento do equilíbrio cognitivo do sujeito vai gerar uma transformação da representação, o que ainda não havia ocorrido no momento da pesquisa. Esta pode ser caracterizada como transformação resistente da representação, uma vez que as práticas novas são contraditórias com as representações existentes, permitindo a utilização de mecanismos de defesa, tais como, interpretação e justificação das novas limitações, racionalizações e referências a normas externas. Deve-se considerar, no entanto, que nessa situação os diferentes processos de defesa da representação existente não podem resistir à permanência do novo modelo e as contradições geradas por ele. Essas contradições levarão, em algum momento, à transformação da representação no seu conjunto.

Com relação às *características tecnológicas do trabalho* nas UBS estudadas observa-se, especialmente em IT o predomínio do pronto atendimento. Algumas pesquisas o descrevem como sendo o "Novo Modelo Assistencial" substituindo, no Estado de São Paulo, o Modelo Programático. Esse "novo modelo" é centrado no atendimento de demanda e essencialmente na consulta médica de caráter curativo.

A atividade de pronto atendimento não pode ser considerada como uma forma específica de modelo assistencial, na medida em que responde, de forma passiva e simplificada, a uma demanda viciosamente estabelecida, a partir de imagens socialmente construídas, que concebem a saúde no seu polo de negação, ou seja, a doença. As necessidades são concebidas em seu polo crítico por uma consulta médica curativa e rápida.

No que se refere à leitura efetuada nesse modelo quanto as "necessidades sentidas" pela população, podemos questionar se estas se esgotam a demanda imediatamente identificada, ou, por outro lado, se há uma outra faceta do problema mascarada pela premência de respostas à problemas críticos. O que observamos nas representações maternas foi uma outra faceta dessa demanda, muito mais associada à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil e à defesa da vida, portanto, à promoção da saúde da criança. Essas se expressaram como demandas por ações educativas e de troca de saberes, bem como de atenção ao corpo físico, psíquico e relacional.

Conforme já discutido, por um lado, as ações de saúde são limitadas pela conjuntura econômico-política do País, pela orientação e prioridades municipais e central do sistema de saúde, pelas condições sociais da clientela atendida e suas representações. Por outro lado, as forças de poder intra-institucionais, observadas neste trabalho, também representam importante limitação para a transformação das práticas. No entanto, se os profissionais associam as limitações do seu trabalho à pobreza material e cultural da clientela, como transformar tais práticas sem que as representações sejam trabalhadas?

Pensar um novo projeto para a saúde implica conceber a diversidade de ações onde, a cada profissional cabe uma contribuição específica, mesmo que a consulta médica continue a ter preponderância, caso as necessidades populacionais se revelem como tal. Abordar o sujeito coletivo implica em reconhecer um modelo assistencial capaz de viabilizar os objetivos desejados. Essa é uma função de todos e tem seu início no reconhecimento da distância entre representações sociais, práticas cotidianas e o conhecimento científico.

Na perspectiva observada neste trabalho, onde as representações, apesar de certo grau de elaboração, não são capazes de transformar a realidade das práticas e do modelo assistencial vigentes; uma postura transformadora que se objective em novas práticas, mesmo que pontuais e não articuladas, pode representar um forte propulsor para a transformação das representações, não apenas em seus elementos periféricos, conforme constatado, mas principalmente nos seus elementos centrais.

É importante destacar que não é apenas a realidade objetiva da situação que permite entendê-la, mas sim a maneira como os grupos se apropriam dela. Buscar alternativas ao modelo assistencial vigente, considerando as representações sociais como base de análise, poderá contribuir para a prevenção dos conflitos sócio-profissionais em sua oposição as representações do senso comum. Por outro lado, uma reflexão aprofundada sobre esse mesmo objeto poderá conduzir a um caminho profícuo na transformação das práticas profissionais.

Talvez um elemento importante a lembrar, e que está na base da teoria das representações sociais, é que o seu processo de mudança é lento, primeiramente são transformados os elementos periféricos e somente depois os elementos centrais. Nesse aspecto, o que se observou em relação ao PSC neste trabalho, foi o processo longo e difícil de transformação das representações

profissionais a partir das mudanças de configuração do modelo assistencial. Vale lembrar que as representações se transformam mais lentamente do que as oscilações das realidades políticas. Nesse sentido, uma proposta de mudança de modelos que se pretenda efetivar, deve considerar o lapso de tempo necessário para a transformação das representações e ainda os elementos que possam reforçar tais transformações. Por outro lado, e igualmente importante, é a imagem que os profissionais constróem sobre os órgãos de planejamento e sobre sua capacidade de dar continuidade a propostas incorporadas por esses profissionais, a credibilidade na transformação pode ser a mola propulsora do mesmo processo.

Pode-se perguntar: se a formação profissional determina as práticas; a experiência profissional pregressa determina as práticas e o modelo assistencial determina as práticas, como poderia haver a transformação das mesmas? Do que dependeria tal transformação? Ao considerar que novas práticas constróem novas representações, pode-se afirmar que a expansão de um novo campo representacional pode criar novos paradigmas para a formação, possibilitando assim a construção de uma nova história de experiências profissionais, podendo transformar, ou formar, novos pilares para um novo modelo assistencial.

Em última instância, essas reflexões significam uma renovação do pensar em saúde, recolocando-o não mais enquanto impasse entre a construção teórica e sua efetivação nas práticas, mas enquanto um dos elementos que participam da própria construção desse "pensar o fazer em saúde". A construção desse pensar, portanto, implica em reconhecer as práticas em saúde não mais enquanto derivações puras do conhecimento científico e sua expressão máxima no cotidiano dos serviços, mas em reconhecê-las enquanto trabalho coletivo, cooperativo e, portanto interdisciplinar e multiprofissional.

Devemos apontar para a necessidade de que, para se intervir na atual configuração das práticas em saúde de forma a auxiliar na reorganização dos serviços, é preciso facilitar o reconhecimento, pelos atores sociais, do seu próprio papel na produção imaginária dos processos de saúde. Em outras palavras, os problemas de saúde não estão lá fora para serem enfrentados, não existem duas coisas, tais como os problemas da população e o instrumental técnico de atuação. É a estrutura social em que vivemos, integrada àquela na qual os profissionais trabalham e ainda associada as suas peculiaridades, que determinam a leitura que é feita da realidade.

Dessa forma, um modelo assistencial que pretenda abarcar os planos analisados coloca a necessidade de organização dos serviços de saúde como um lugar que possa estar, ao mesmo tempo, produzindo e transformando representações. Para a delimitação de dado objeto de trabalho é necessário que se possa construí-lo conjuntamente, possibilitando assim que profissionais e comunidade, e a própria sociedade de forma ampla, atuem sobre a sua configuração. O que, em última análise, poderá levar a uma atualização dos profissionais sobre a realidade na qual eles trabalham.

Acreditamos que a contribuição deste trabalho se expresse a partir da ampliação do poder de aproximar-se empaticamente da realidade subjetiva dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços. Isto com o intuito de identificar, com proximidade, as dificuldades e facilitar a emergência das dúvidas, do "não saber", e permitir que a partir desse reconhecimento surjam expressões criativas. Para isso, é necessário que as representações se tornem transparentes para os seus sujeitos, tendo em vista que os mesmos possam retomá-las no seu valor de significado. Por outro lado, representa tomar a subjetividade dos fatos e das pessoas enquanto elementos construtores e construídos, determinantes e determinados pelas realidades vivenciadas no cotidiano profissional e dos usuários do serviço.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J.C. *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset, DeVal, 1987.
- ABRIC, J.C. *Jeux, conflits et représentations sociales*. Aix-en-Provence, 1976. [Thèse d'État - Université de Provence]
- ABRIC, J.C. L'Étude expérimentale des représentations sociales. In: Jodelet, D. ed. *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- ABRIC, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- ABRIC, J.C. Préface. In: Moliner, P. *La représentation sociale comme grille de lecture*. Aix-en-Provence, Presses de l'Université de Provence, 1992.
- ACUÑA, A.E. & FERNÁNDEZ, M.F. Análise de mudanças organizacionais: utilidades para políticas sociais. *Rev. Adm. Pública*, 29(2): 80-109, 1995.
- ADAMI, N.P. A função assistencial exercida pela enfermeira nos centros de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 14 : 67-72, 1980.
- ADORNO, R.C.F.; ZIONI, F.; LEFÈVRE, F.; SILVA, M.E.L. O conhecimento e o poder: de quem é a palavra. Relato de uma experiência de pesquisa participante. *Rev. Saúde Pública*, 21: 405-12, 1987.

- AINSLIE, R. C. & ANDERSON, C. W. Maternal perceptions of their infant's daycare. *Infant M. Health J.*, 5: 91-106, 1984.
- AKERMAN, M. Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde. *Rev. Adm. Pública*, 29:126-36, 1995.
- ALBUQUERQUE, J.A.G. Da assistência à disciplina: o programa de saúde comunitária. São Paulo, Departamento de Ciências Sociais, FFLCH/USP, 1979.
- ALCÂNTARA, P. Introdução ao estudo da pediatria In: Alcântara, P. & Marcondes, E. *Pediatria básica*. São Paulo, Sarvier, 1974.
- ALDENDERFER, M.S. & BLASHFIELD, R.K. Cluster analysis. *Quant. App. Soc. Sci.*, 44, 1985.
- ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva - rede básica de saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP]
- AMERIO, P. & DE PICCOLI, N. Représentation et actions dans le contexte social. In: Beauvois, J. L.; Joule, R. V.; Montell, J.M., ed. *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Cousset, DeVal, 1991.
- AMERIO, P. & DE PICCOLI, N. Représentation de l'engagement social et de l'amitié: une étude sur des groupes des jeunes. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 383-406, 1990.
- AUTÈS, M. *La pauvreté, une approche plurielle*. Paris, ESF, 1985.
- BASTIDE, R. Introdução a dois estudos sobre a técnica das histórias de vida. *Sociologia*, 15(1): 03-07, 1953.
- BEAUVOIS, J.L.; ROULIN, J.L.; TIBERGHEN, G. *Manuel d'études pratiques de psychologie*. I. *Pratique de la recherche*, Paris, PUF, 1990.

- BEZERRA J.R., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Guimarães, R. & Tavares, R., org. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- BOLTANSKI, L. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona, Laia, 1974.
- BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève, Droz, 1972.
- BOURDIEU, P. *La distinction, critique sociale du jugement*. Paris, Editions de Minuit, 1979.
- BOURDIEU, P. Un progrès de la réflexivité. Préface. In: Doise, W.; Clemence, A.; Lorenzi-Cioldi, F. *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble, 1992.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Difel/Bertrand, 1989.
- BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C. *Le métier de sociologue*. Paris, Mouton-La Haye, 1968.
- BRAGA, J.C. A questão da saúde no Brasil. Campinas, 1978. [Dissertação de Mestrado - UNICAMP]
- BRAGA, J.D.S. & PAULA, S.G. *Saúde e previdência social - estudos de política social*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRIOSCHI, L.R. & TRIGO, M.H.B. Família: representação e cotidiano. São Paulo, *Textos CERU*, 1 (2), 1989.
- BUSS, P.M.; IGNARRA, R.M. Promoção da Saúde: um novo paradigma mundial para a saúde (introdução) In: Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1996.
- CAMARGO J.R., K.R. O paradigma clínico-epidemiológico e a construção da racionalidade médica contemporânea: o caso da AIDS. Rio de Janeiro, 1992. [Projeto de tese para doutorado, IMS/UERJ]

- CARROLL, J.D. & CHANG, J.J. Analysis of individual differences in multidimensional scaling via an N-way generalization of "Eckart-Young" decomposition. *Psychometrika*, 35: 283-319, 1970.
- CARUGATI, F.; EMILIANI, F. MOLINARI, L. Being a mother is not enough: theories and images in the social representations of childhood. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 289-306, 1990.
- CARUGATI, F.; EMILIANI, F.; MOLINARI, L. De l'enfant en général à l'enfant propre. Jeux d'images et conceptions du développement. *Bull. de Psychol.*, 45(405): 232-38, 1992
- CARVALHO, A.M.A. & KAVANO, E.A. Justificativas de opção por área de trabalho em psicologia: uma análise da imagem da profissão em psicólogos recém-formados. *Psicologia*, 8 (3): 01-18, 1982.
- CASTELLANOS, B.E.P. O trabalho do enfermeiro. A procura e o encontro de um caminho para o estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. São Paulo, 1987. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP]
- CATTELL, R.B. Psychological measurement: normative, ipsative, interactive. *Psychol. Rev.*, 51: 292-303, 1944.
- CIBOIS, P. *L'analyse des données en sociologie*. Paris, PUF, 1984.
- CIBOIS, P. *L'analyse factorielle*. Paris, PUF, 1983.
- CIPRIANI, R. Biografia e Cultura: da religião à política. In: Simson, O.M.V., org. *Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)*. São Paulo, Vértice, 1988.
- CORDEIRO, H.A. As empresas médicas. Um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. São Paulo, 1981. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
- COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

- COXON, A.P.M. *the user's guide to multidimensional scaling*. London, Heinemann Educational Books, 1982.
- DALMASO, A.S.W. O atendimento não-programado: o pronto-atendimento nas ações programáticas em saúde. In: SCHRAIBER, L.B., org. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, HUCITEC, 1993. p. 227-43.
- DE CERTEAU, M. *L'Invention du quotidien*. C.Bourgois, 1980.
- DE CERTEAU, M. *La culture au pluriel*. C.Bourgois, 1980.
- DE ROSA, A.S. Sur l'usage des associations libres pour l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. *Conexions*, 1 (51):27-50, 1988.
- DE ROSA, A.S. The social representations of mental illness in children and adults. In: Doise, W. & Moscovici, S., ed. *Current Issues in social psychology*. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- DEGENNE, A. Présentation de l'analyse de similitude. *Inf. et Sci. Hum.*, 15 (67):07-26, 1985.
- DI GIACOMO, J.P. Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. *Cah. Psychol. Cogn.*, 1: 397-422, 1981.
- DOISE, W. Attitudes et représentations sociales. In: Jodelet, D., ed. *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1989.
- DOISE, W. Cognitions et représentations sociales: l'approche génétique. In: Jodelet, D., ed. *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1989b.
- DOISE, W. Les représentations sociales. In: Ghiglione, R.; Bonnet, C.; Richard, J.F., ed. *Traité de psychologie cognitive. 3 Cognition, représentation, communication*. Paris, Dunod, 1990.
- DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. *Conexions*, 45: 245-53, 1985.

- DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. In: Doise, W. & Palmonari, A. ed. *L'étude des représentations sociales*. Paris, Delachaux & Niestlé, 1986.
- DOISE, W.; CLEMENCE, A.; LORENZI-CIOLDI, F. *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble, 1992.
- DOMINGUES, F.E. A Enfermeira e os novos rumos da saúde comunitária. *Rev. Paul. Enferm.*, 2 (2):62-4, 1982.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- DRAIBE, S.M. A natureza social do Projeto Sul-Trem Metropolitano da STM. Governo de São Paulo, STM, São Paulo, fevereiro de 1994 apud: Zioni, F. Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência. São Paulo, 1994 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- EHRlich, S. La notion de représentation: diversité et convergences. *Psychol. Fr.*, 30: 226-29, 1985.
- EMILIANI, F.; MOLINARI, L.; SCHADEE, H. Una prospettiva psicosociale allo studio delle rappresentazioni: immagini di figlio e teorie dello sviluppo. *G. Ital. Psicol.*, 20(3): 475-91, 1993.
- FLAMENT, C. From the bias of structural balance to the representation of the group. In: Farr, R.M. & Moscovici, S., org. *Social representations*. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- FLAMENT, C. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Cah. Psychol. Cogn.*, 1 (4): 375-95, 1981.
- FLAMENT, C. Pratiques et représentations sociales. In: Beauvois, J. L.; Joule, R. V.; Montell, J.M., ed. *Perspectives cognitives et conduites sociales*. I. *Théories implicites et conflits cognitifs*. Cousset, DeVal, 1987.

- FLAMENT, C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: Jodelet, D., ed. *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989 .
- FLAMENT, C. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: Abric, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal, 1980 - 1991 Região Metropolitana de São Paulo, SEADE, São Paulo, 1993.
- GALLI, I. & NIGRO, G. Les représentations sociales: la question de la genèse. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 429-50, 1990.
- GIFFONI, R.M. Assistência médica e relações de trabalho na empresa: o modelo de convênios com a previdência social. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP]
- GIOVANELLA, L. & BAHIA, L. Saúde: o poder da atenção pública. *Saúde Debate*, 47:08-13, 1995.
- GOMES, F.Z. Mulheres e crianças primeiro! O caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro. São Paulo, 1988. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- GONÇALVES, R.B.M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
- GONÇALVES, R.B.M. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
- GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo, CEFOR, 1992. [Cadernos Cefor, Textos 1].
- GOULART, F.A . Representações sociais, ação política e cidadania. *Cad. Saúde Pública*, 9: 477-86, 1993.

- GRIZE, J.B. Discours et connaissances. *Commun. Cogn.*, 14:343-57, 1981.
- GRIZE, J.B.; VERGÈS, P.; SILEM, A. *Salariés face aux nouvelles technologies*. Paris, CNRS, 1987.
- GUIMELLI, C. & JACOBI, D. Pratiques nouvelles et transformation de représentations sociales. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 307-34, 1990.
- GUIMELLI, C. & ROUQUETTE, M.L. Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales. *Bull. Psychol.*, 45(405): 196-202, 1992. [n° spécial "Nouvelles voies en Psychologie Sociale"]
- GUIMELLI, C. Agression idéologique, pratiques nouvelles et transformation progressive d'une représentation sociale. Aix-en-Provence, 1988. [Thèse de Doctorat - Université de Provence]
- GUIMELLI, C. La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. In: Abric, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton, 1969.
- HOGENRAAD, R. & MORVAL, J. Les valeurs chez les cadres: essai de relevé systématique et analyse du processus de mémorisation. *Boll. CERP*, 19:103-10, 1970.
- HUDSON, H.C. *Classifying social data*. San Francisco, Jossey-Bas, 1982.
- HUTEAU, M. Les mécanismes psychologiques de l'évolution des attitudes et des préférences vis-à-vis des activités professionnels. *Orient. Sc. Prof.*, 11: 107-25, 1982.
- IBANES, T. Faire et croire. In: Beauvois, J.L. et al. *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Cousset, DeVal, 1989.
- JACOBI, D. Evolution de représentations sociales et régulation: la représentation du rôle propre chez les cadres infirmiers, Aix-en-Provence, 1988. [Mémoire de DEA - Université de Provence]

- JODELET, D. & MOSCOVICI, S. Les représentations sociales dans le champ social. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 285-88, 1990.
- JODELET, D. Civils et bredins: representations de la maladie mentale et rapport a la folie en milieu rural. Paris, 1983. [These de Doctorat d'Etat - École Hautes Étude in Sciences Sociales]
- JODELET, D. *Folles et représentations sociales*. Paris, PUF, 1989 b.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici, S. *Pensamiento y vida social: psicología social y problemas sociales*. Buenos Aires, Paidós, 1986. p. 469-93
- JODELET, D. Rêflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale apud Schiele, B. & Belisle, C. *Représentations, Communication, Information*, 6(23):15-41, 1984.
- JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet, D., ed. *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989 a .
- JUNQUEIRA, L. & INOJOSA, R.M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços em São Paulo. *Rev. Adm. Pública*, 24(4): 07-25, 1990.
- KOSMINSKY, E. Pesquisas qualitativas: a utilização das técnicas de história de vida e de depoimentos pessoais. *Clênc. Cult.*, 38:30-6, 1986.
- KRUSKAL, J.B. Multidimensional scaling: a numerical method. *Psychometrika*, 29: 01-27, 1964.
- LE BOUEDEC, G. Contribution à la méthodologie d'étude des représentations sociales. *Cah. Psychol. Cogn.*, 4: 245-72, 1984.
- LEME, M.A.V.S.; BUSSAB, V.S.R.; OTTA, E. A representação social da psicologia e do psicólogo. *Psicologia, Clênc. Prof.*, 9 (1):29-35, 1989.
- LEVY-LEBOYER, C. et al. Représentation des activités de travail et des activités hors travail chez de jeunes cadres. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 357-82, 1990.

- LORENZI-CIOLDI, F. L'analyse factorielle des correspondances dans les sciences sociales. *Rev. Suisse Sociol.*, 9: 365-90, 1983.
- LUZ, M.T. *As Instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal Edit., 1979.
- MAGET, M. *Guide d'étude directe des comportements culturels*. Paris, Ed. CNRS, 1962.
- MARQUES, M.B. Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância. s.n.t., 1981.
- MARTIN, D. & ROYER-RASTOLL, P. *Représentations sociales et pratiques quotidiennes*. Paris, L'Harmattan, 1990.
- MELLO, C.G. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES HUCITEC, 1977.
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde Debate*, (33): 83-9, 1991.
- MILGRAM, S. & JODELET, D. Psychological maps of Paris. In: Proshansky, H.M. et al., ed. *Environmental psychology: people and their physical settings*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, 9: 239-62, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1996.
- MOLINER, P. ISA: l'induction par scénario ambiguo. Une méthode pour l'étude des représentations sociales. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 6 (1), 1993.

- MOLINER, P. *La représentation sociale comme grille de lecture*. Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence, 1992.
- MONTEIL, J.M. & MAILHOT, L. Élément d'une représentation sociale de la formation: analyse d'une enquête auprès d'une population de formateurs. *Connexions*, 1 (5): 09-26, 1988.
- MOSCOVICI, S. L'ère des représentations sociales. In: Doise, W. & Palmonari, G., ed. *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1986.
- MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, PUF, 1961 [2^a édition 1976]
- MOSCOVICI, S. Préface. In: Herzlich, C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton, 1969.
- MOSCOVICI, S. Préface. In: Jodelet, D. *Folles et représentations sociales*. Paris, PUF, 1989.
- MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: Farr, R.M. & Moscovici, S., org. *Social representations*. Cambridge, Cambridge University Press, 1981.
- MUGNY, G. & CARUGATI, F. *L'intelligence au pluriel: les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset, DeVal, 1985.
- NOVAES, M.H. A puericultura em questão. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
- OLIVEIRA, D.C. O desenvolvimento infantil e suas representações: dimensões do saber técnico-profissional e do senso comum. São Paulo, 1991a. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- OLIVEIRA, D.C. Representação social: praxis e conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. Brasília, OPAS/OMS, 1991 b. [Bibliografia n° 8]
- ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Le Projet Ville-Santé de L'OMS. Centre Collaborateur O.M.S. de Rennes, Rennes, 1993.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. la administracion estrategica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington, D.C., 1995.
- PASSOS, I. & AQUINO, V. Processo de trabalho: uma abordagem integradora na formação gerencial. *Rev. Adm. Pública*, 29: 120-36, 1995. [HSP/SILOS - 2]
- POMEGEOT, D. & SCHREIBER, S. Representation des rôles professionnels masculins et féminins chez les adolescents. *Orient. Sc. Prof.*, 9: 245-62, 1978.
- POSSAS, A. Saúde, medicina e trabalho no Brasil. Campinas, 1980. [Dissertação de Mestrado da UNICAMP]
- PROPOSTA de trabalho para equipes multiprofissionais em unidade básica e em ambulatórios de saúde mental. *Arq. Coord. Saúde Mental do Estado de São Paulo*, São Paulo, 1983.
- QUEIROZ, M.S. et al. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev. Saúde Pública*, 26: 34-40, 1992.
- QUEIROZ, M.I.P. Histórias de vida e depoimentos pessoais. *Sociologia*, 15(1): 8-24, 1953.
- QUEIROZ, M.P.I. Variações sobre o emprego da técnica de gravador no registro da informação viva. *Cadernos CERU*, 16 (1), 1981.
- REVUE INTERNATIONALE DE PSYCOLOGIE SOCIALE, Toulouse, 3 (3), 1990.
- RIVERA, F.J.U. O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário): um contraponto teórico. Rio de Janeiro, 1991. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ]
- ROCHA, S.M.M. *Puericultura e enfermagem*. São Paulo, Cortez Editora, 1987.
- ROQUEPLO, P. *Le partage du savoir*. Paris, Seuil, 1974.

- ROSENBERG, S. & SEDLACK, A. Structural representations of perceived trait relationships. In: Romney, A.K.; Shepard, R.N.; Nerlove, S.B., ed. *Multidimensional scaling. Theory and applications in the behavioral sciences*. New York, Seminar Press, 1972.
- ROZESTRATEN, A.I.S. Representações profissionais - observações de alguns descritores. São Paulo, 1987. [Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia da USP]
- SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- SALVADOR, A.P. Análise de dinâmicas institucionais: um enfoque da psicologia analítica para serviços de saúde mental em unidades básicas de saúde. São Paulo, 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Brasília, DF, 1993.
- SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produções de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, 29:63-74, 1995 a.
- SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde Debate*, [47]: 28-35, 1995 b.
- SECRETARIA DE TRANSPORTES METROPOLITANOS MUNICIPAIS. Transportes SUM - Sistema Integrado Metropolitano - Caracterização sócio-econômica das áreas afetadas pelo Projeto Sul - Trem Metropolitano da STM, São Paulo, 1994 Apud Zioni, F. Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência. São Paulo, 1994 [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- SILVA, P.L.B. Política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. *Cad. FUNDAÇÃO*, 3 (7), 1983.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através da doença*. Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1978.

- SIQUEIRA, A.F.; OLIVEIRA, D.C.; RABINOVICH, E.P.; SANTOS, N.G. Contexto sócio-ambiental de crianças urbanas de baixa renda. *Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.*, 3(1): 11-20, 1993.
- SUCUPIRA, A.C.S.L. Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
- TANAKA, O.Y. Avaliação do programa de saúde infantil da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- TESSER, C.D. A clínica, a epidemiologia e os outros saberes em saúde: pensando os modelos assistenciais. *Saúde Debate*, (45):38-42, 1994.
- THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, Investigação social e enquete operária*. São Paulo, Polis, 1980.
- VALA, J. A análise de conteúdo In: Silva, A. S. & Pinto, J.M. *Metodologia das ciências sociais*. Porto, Edições Afrontamento, 1987.
- VALA, J. Identités sociales et représentations du pouvoir. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, 3: 451-71, 1990.
- VALA, J. Sobre as representações sociais - para uma epistemologia do senso comum. *Cad. Ciênc. Soc.*, 4: 05-30, Porto, 1986.
- VALLA, V.V. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e a educação nas metrópoles brasileiras. In: Costa, O R. et al., org. *Demandas populares, políticas públicas e saúde: ciências sociais e saúde coletiva*. Petrópolis, Vozes, 1989, vol 1.
- VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la 'definition du noyau central de la représentation. *Bull. Psychol.*, 45(405): 203-09, 1992. [nº spécial "Nouvelles voies en Psychologie Sociale"]
- VERGÈS, P. Une possible méthodologie pour l'approche des représentations économiques. *Commun.-Inf.*, 6 (23): 375-98, 1984.

VIEIRA, C.A.L. A descentralização do setor saúde no Estado de São Paulo: aspectos do seu impacto na organização e funcionamento do ERSA - Escritório Regional de Saúde-12 - Itapeverica da Serra/São Paulo, São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

WESTPHAL, M.F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

YAPO, Y. La ruralité comme situation sociale: l'exemple de la Côte-d'Ivoire. Aix-en-Provence, 1992. [Thèse de Doctorat d'Etat - Université de Provence]

ZIONI, F. Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência. São Paulo, 1994. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública/USP]

X. ANEXOS

- ANEXO A -

ROTEIRO TEMÁTICO DE ENTREVISTA COM AS MÃES

1ª parte da entrevista: refere-se às representações do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e suas aproximações com o conceito de saúde.

1) Formas de entendimento sobre o desenvolvimento da criança: *deve-se destacar, para aprofundamento, os aspectos do desenvolvimento motor, psicológico e social, crescimento, concepções mistas.*

2) Diferenças entre crescimento e desenvolvimento: *se este tema já foi referido no item 1, não deve ser repetido.*

3) Formas utilizadas pela mãe para perceber como seu filho está se desenvolvendo: *idem ao tema 1, pinçar - se a mãe identifica o desenvolvimento do seu filho o que ela identifica como desenvolvimento, se existe alguma escala de valor associada ao desenvolvimento (bom, ruim, etc.).*

4) Aspectos que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento da criança: *idem ao tema 1, pinçar - aspectos físicos facilitadores, tais como, espaço existente, brinquedos e outros; relação mãe-criança; relação da criança com outras pessoas; acesso a creche; relação do modo de vida com a saúde da criança; recursos sociais e financeiros, etc.*

5) Como a mãe e a família interferem no desenvolvimento (ajudar ou dificultar, reprimir, etc.):

2ª parte da entrevista: refere-se às representações sobre as práticas institucionais de saúde

1) Locais ou pessoas onde a mãe busca, ou gostaria de encontrar, orientações sobre a saúde e o desenvolvimento do seu filho: *deve-se pinçar - no centro de saúde ou outro local (qual), com qual pessoa (profissional, curandeiro, professora, etc.), o que é feito ou oferecido nesse local*

2) O que o centro de saúde faz e o que poderia fazer para contribuir com a saúde e o desenvolvimento da criança (caso tenha sido referido no tema anterior, aprofundar nos aspectos relativos às expectativas maternas frente à

instituição): *pinçar se a Instituição pode fazer alguma coisa, que tipo de atividade poderia ser desenvolvida (acompanhamento, tratamento, treinamento, etc.), o que o centro de saúde faz, quem faz ou poderia fazer, como poderia ser feito.*

Obs: quando a referência nesta resposta for apenas ao médico, questionar se outro profissional contribui ou poderia contribuir para a melhoria da saúde da criança.

3) Outras observações que o entrevistado queira fazer sobre os temas discutidos.

- ANEXO B -

ROTEIRO TEMÁTICO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

- 1) O que o profissional entende por desenvolvimento da criança (o que pensa): *Identificação do desenvolvimento físico, neurológico, psicológico, social e afetivo; diferenciação entre crescimento e desenvolvimento; aspectos que facilitam ou dificultam o desenvolvimento*
- 2) Formas de interferência na saúde e no desenvolvimento das crianças atendidas pelo profissional; que trabalho o profissional executa: *o que o profissional faz; como ele interfere na saúde e no desenvolvimento da sua clientela; instrumentos que ele utiliza para a sua atuação; de que forma se dá a participação da mãe nesse trabalho.*
- 3) O que o Programa de Saúde da Criança do Centro de Saúde faz (prática da instituição): *se há programação; concepção de saúde e desenvolvimento implícita no Programa - só crescimento, crescimento e desenvolvimento como processo, desenvolvimento em seus vários aspectos, saúde como concepção unitária; atuação de outros profissionais dentro do atendimento à criança;*
- 4) O que o Centro de Saúde poderia fazer para promover a saúde e o desenvolvimento infantil (campo de atuação possível): *o que poderia ser feito nas condições atuais do serviço; como seria possível contribuir para a melhoria do perfil de desenvolvimento da clientela do centro de saúde.*

- ANEXO C -

FICHA DE INFORMANTE - MÃES

Nº DA ENTREVISTA: _____

1) NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

2) 1º NOME DA MÃE: _____

3) IDADE: _____

4) ESCOLARIDADE:

a) da mãe

b) do pai ou
companheiro

SÉRIE	GRAU

Cursando? _____

Cursando? _____

5) ESTADO CIVIL: ☐ Casada ☐ Desquitada ou divorciada
☐ Solteira ☐ Viúva6) ESTADO CONJUGAL: ☐ União legal há _____ anos☐ União livre há _____ anos☐ vive só, mas com companheiro fixo☐ Vive só, mas com companheiro eventual☐ vive só, sem nenhum tipo de vínculo

7) NO DE FILHOS VIVOS E MORTOS DA MÃE:

VIVOS= _____ MORTOS= _____ "ADOTADOS"= _____

8) POSSUI FILHOS COM O COMPANHEIRO ATUAL (somente quando houver união livre ou legal):

☐ sim ☐ não ☐ não se aplica

9) RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA:

☐ mãe ☐ companheiro ☐ ambos☐ Outro especificar: _____

10) OCUPAÇÃO DA MÃE E DO COMPANHEIRO ATUAL (somente quando houver união livre ou legal)

a) DESCREVA AS OCUPAÇÕES (o que realmente faz ou fez, se aposentado ☐ ou desempregado ☐, e de outro que seja o responsável pela família)

a1) Da mãe _____

a2) Do companheiro _____

a3) Outro _____

b) LOCAL DE TRABALHO (especificar o nome e se for indústria, o que produz, comércio, o que vende e serviços, o que faz)

b1) Da mãe _____

b2) Do companheiro _____

b3) Outro _____

c) SITUAÇÃO DE TRABALHO DA MÃE, COMPANHEIRO E OUTRO

	MÃE	COMP.	OUTRO
-trabalha por conta própria sem empregado	1	1	1
-trabalha por conta própria com empregado	2	2	2
-sócio ou dono de firma com., ind. etc.	3	3	3
-func. do governo, inst. ou paraestatal	4	4	4
-empregado de firma particular	5	5	5
-outras (especificar) _____	6	6	6

d) EXISTÊNCIA DE ALGUMA PESSOA TRABALHANDO PARA OU SOB AS ORDENS DE:

mãe-nº pessoas _____ companheiro-nº pessoas _____

outro-nº pessoas _____

11) COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA (pessoas que residem na casa)

	NOME	RELAÇÃO COM A MÃE	IDADE	POSSUI RENDIMENTOS	PARTICIPA DA RECEITA FAMILIAR
1					
2					
3					
4					
5					

OBS.: Quando empregada doméstica que reside no local de trabalho, especificar o tempo de serviço

12) RENDA FAMILIAR (que é utilizada de forma comum)

Cr\$ _____

Per capita em frações de salários mínimos _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR: _____

- ANEXO D -

FICHA DE INFORMANTE - PROFISSIONAIS

A) INSTITUIÇÃO PESQUISADA: _____

B) IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: _____

C) IDADE: _____

D) ESCOLARIDADE-FORMAÇÃO: _____

E) FUNÇÃO: _____

F) TEMPO DE FORMADO _____

G) TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO: _____

H) TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSC: _____

I) OBSERVAÇÕES: _____

- ANEXO E -

CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Gráfico 1: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo faixa etária e instituição pesquisada São Paulo, 1989.

Gráfico 2: Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo número de filhos e instituição pesquisada, São Paulo, 1989.

Gráfico 3: Distribuição das mulheres entrevistadas e de seus maridos/companheiros, segundo ocupação(*) e instituição pesquisada. São Paulo, 1989.

Gráfico 4: Distribuição do número de famílias segundo renda "per capita" (em salários mínimos) e instituição pesquisada, São Paulo, 1989.

Gráfico 5: Distribuição das mulheres entrevistadas e de seus maridos/ companheiros, segundo nível de instrução e instituição pesquisada. São Paulo, 1989.

- ANEXO F -

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS

Gráfico 6: Distribuição dos profissionais estudados segundo categoria profissional e instituição pesquisada. São Paulo, 1989.

Gráfico 7: Distribuição dos profissionais estudados segundo grau de instrução e instituição pesquisada. São Paulo, 1989.

Gráfico 8: Distribuição dos profissionais estudados por tempo de trabalho na instituição, segundo instituição pesquisada. São Paulo, 1989.

- ANEXO G -

Matriz de Correlação de Pearson
Coeficientes de correlação

	VAR01	VAR03	VAR04	VAR05	VAR02	VAR06
VAR01	1,0000 (48) P= ,	<u>,5431</u> (48) P= ,011	,3654 (48) P= ,076	,2587 (48) P= ,198	-,1890 (48) P= -,189	-,3887 (48)
VAR02	-,1890 (48) P= ,198	-,4507 (48) P= ,001	-,2387 (48) P= ,102	-,4210 (48) P= ,003	1,0000 (48) P= ,	,3728 (48) P= ,009
VAR03	,5431 (48) P= ,000	1,0000 (48) P= ,	<u>,5511</u> (48) P= ,000	,5433 (48) P= ,000	-,4507 (48) P= ,001	<u>-,5749</u> (48) P= ,000
VAR04	,3654 (48) P= ,011	,5511 (48) P= ,000	1,0000 (48) P= ,	,3625 (48) P= ,011	-,2387 (48) P= ,102	-,1815 (48) P= ,217
VAR05	,2587 (48) P= ,076	,5433 (48) P= ,000	,3625 (48) P= ,011	1,0000 (48) P= ,	-,4210 (48) P= ,003	-,2862 (48) P= ,049
VAR06	-,3887 (48) P= ,006	<u>-,5749</u> (48) P= ,000	-,1815 (48) P= ,217	-,2862 (48) P= ,049	,3728 (48) P= ,009	1,0000 (48) P= ,

(Coeficientes/casos/níveis de significância)

Obs.: As variáveis referem-se aos núcleos organizadores dos discursos profissionais e maternos, numeradas segundo o quadro de frequências apresentado na página 116.

- ANEXO H -

Matriz de Correlação de Kendal
Coeficientes de correlação

VAR00003	,4739				
	N(48)				
	Sig ,000				
VAR00004	,2098	,4685			
	N(48)	N(48)			
	Sig ,068	Sig ,000			
VAR00005	,3472	<u>,5061</u>	,3334		
	N(48)	N(48)	N(48)		
	Sig ,005	Sig ,000	Sig ,008		
VAR00002	-,1652	-,3843	-,2024	-,4020	
	N(48)	N(48)	N(48)	N(48)	
	Sig ,142	Sig ,001	Sig ,076	Sig ,001	
VAR00006	-,3383	<u>-,5510</u>	-,1936	-,2933	,2986
	N(48)	N(48)	N(48)	N(48)	N(48)
	Sig ,004	Sig ,000	Sig ,102	Sig ,021	Sig ,010
VAR00001 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00002					

(Coeficientes/casos/níveis de significância)