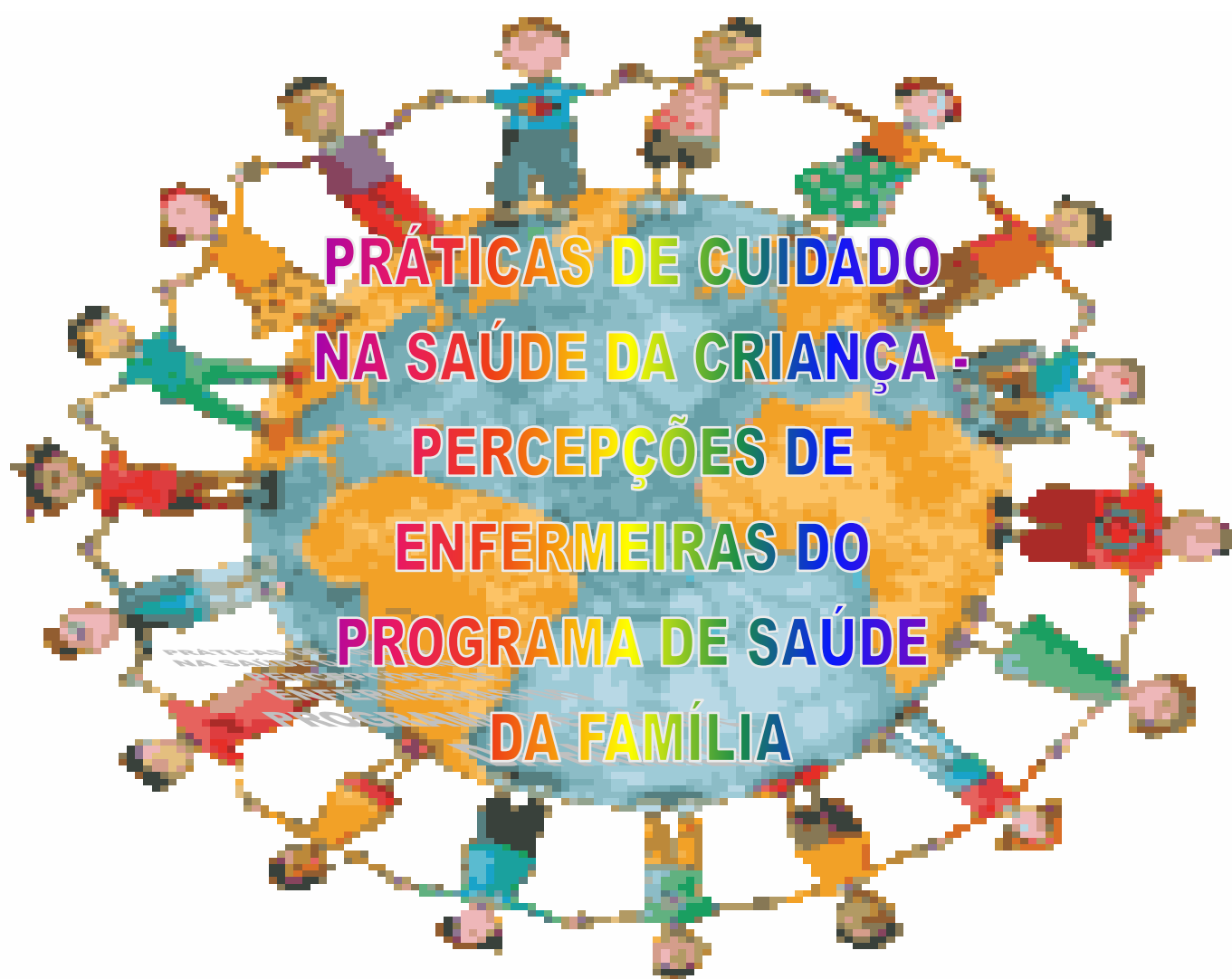


Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TANARA LEONARDELLI MICHIELIN



Porto Alegre
2006

TANARA LEONARDELLI MICHIELIN

**Práticas de Cuidado na Saúde da Criança –
Percepções de Enfermeiras do Programa de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Corso da Motta

**Porto Alegre
2006**

M624p Michielin, Tanara Leonardelli

Práticas de cuidado na saúde da criança: percepções de enfermeiras do Programa Saúde da Família / Tanara Leonardelli Michielin ; orient. Maria da Graça Corso da Motta. – Porto Alegre, 2006.

100 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo: em Português, Espanhol e Inglês.

1. Cuidado da Criança 2. Bem-estar da criança. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Crescimento. 5. Indicadores de desenvolvimento. 6. Enfermagem pediátrica. 7. Cuidados de enfermagem. 8. Saúde da família. 9. Programa Saúde da Família. 10. Política de saúde : Brasil. I. Motta, Maria da Graça Corso da. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Recém-nascido. Lactente. Pré-escolar. Criança.

LHSN – 450

NLM – WA 320



ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta
CPF 210.354.660-15

(Presidente)

Maria da Graça Motta

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
CPF 411.449.450-20

(Membro – UCS)

Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
CPF 316.744.880-68

(Membro – UFRGS)

Maria da Graça Oliveira Crossetti

Profa. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro
CPF 219.569.520-04

(Membro – UFRGS)

Nair Regina Ritter Ribeiro

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
CPF 256.428.550-34

(Membro – UFRGS)

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre, 27 de outubro de 2005.

De acordo da Mestranda:

Quinchilin

RESUMO

Este estudo busca compreender as práticas desenvolvidas por enfermeiras no cuidado à saúde da criança no contexto da atenção primária em saúde. É uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida com oito enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, que compõem as equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), na cidade de Bento Gonçalves/RS. Para subsidiar a coleta de dados, foi utilizado o Método Criativo-Sensível proposto por Cabral (1998), através da realização de duas oficinas, intituladas: Árvore do Conhecimento e Modelagem, que conjugadas apresentaram subsídios para a realização de reflexões individuais e discussões coletivas. A análise das informações adota a proposta de Bardin (1977), utilizando-se a Análise de Conteúdo, do tipo temática para compreender os significados que emergem das comunicações. Revelaram-se três temas e sub-temas, denominados: Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Contexto da Família no Processo de Cuidar a Criança e o Papel do Profissional Enfermeiro, e; Do ideário das práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança à construção de estratégias e processos de mudança. Os resultados revelaram que utilização das oficinas foi um instrumento potencializador do pensar e agir, proporcionando a reflexão e ressignificação das ações realizadas pelas enfermeiras voltadas para a saúde da criança, levando-as a ter uma melhor compreensão de suas relações com a criança e a família.

Descritores: Cuidado da criança. Bem-estar da criança. Desenvolvimento infantil. Crescimento. Indicadores de desenvolvimento. Enfermagem pediátrica. Cuidados de enfermagem. Saúde da família. Programa Saúde da Família. Política de saúde: Brasil.

Limites: Humano. Recém-nascido. Lactente. Pré-escolar. Criança.

ABSTRACT

This study searches for understanding the practices developed by nurses on child health care in the context of the primary attention to health. It is an exploratory-descriptive qualitative research developed with eight nurses who work in Health Basic Unities along with the Family Health Program's teams (FHP), in the city of Bento Gonçalves, RS. The Sensitive-Creative Method, which was proposed by Cabral (1998), has been used to carry out research through two workshops entitled: The Tree of Knowledge and Modeling. The analysis of the informations adopts the proposal of Bardin (1977), by using the Content Analysis of the thematic type to understand the meanings that emerge from the communications. Three themes and subthemes emerged that are named: Child Growth and Development; Family Context in the Child Care Process and the Professional Nurse's Role , and; From the system of ideas on the nurse's care practices to the building of strategies and processes of change. The results made evident that the workshops have been some instruments to improve the nurses thinking and acting through their individual reflections, the collective discussions and the new signification given to the health practices related to their actions, driving them to a better comprehension about their relations with the child and the family.

Descriptors: Child care. Child welfare. Child development. Growth. Development indicators. Pediatric nursing. Nursing care. Family health. Family Health Program. Health policy: Brazil.

Limits: Human. Infant, newborn. Infant. Child, pre-school. Child.

Title: Practices on child care: perceptions of nurses from the Family Health Program

RESUMEN

Este estudio busca comprender cuales son las prácticas desarrolladas por enfermeras en el cuidado a la salud del niño en el contexto de la atención primaria en salud. Es una investigación cualitativa del tipo exploratoria-descriptiva, desarrollada con ocho enfermeras que actúan en Unidades Básicas de Salud, que componen los equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF), en la ciudad de Bento Gonçalves/RS. Para subsidiar la recopilación de datos, fue utilizado el Método Creativo y Sensitivo propuesto por Cabral (1998), a través de la realización de dos dinámicas de grupo, llamadas Árbol del Conocimiento y Modelaje, que juntas presentaron como resultado subsidios para la realización de reflexiones individuales y discusiones colectivas. La analise de las informaciones adopta la propuesta de Bardin (1977), utilizándose la analise del contenido, del tipo temática para comprender los significados que emergem las comunicaciones. Se revelaron tres temas y subtemas, denominados: Crecimiento y desarrollo Infantil; Contexto de la Familia en el Proceso del Cuidar al Niño y el rol del Profesional Enfermero, y: La idealización de las prácticas de cuidado de enfermeras en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo infantil a la construcción de estrategias y procesos de cambio. Los resultados revelaron que la utilización de las dinámicas de grupo fue una herramienta potencializadora del pensar y accionar, proporcionando la reflexión y resignificación de las acciones realizadas por enfermeras que se vuelcan para la salud del niño, llevándolas a tener una mejor comprensión de sus relaciones con el niño y la familia.

Descriptorios: Cuidado del niño. Bienestar del niño. Desarrollo infantil. Crecimiento. Indicadores de desarrollo. Enfermería pediátrica. Atención de enfermería. Salud de la familia. Programa de Salud de la Familia. Política de salud: Brasil

Límites: Humano. Recién nacido. Lactante. Infante. Niño.

Título: Prácticas de cuidado en la salud del niño: percepciones de enfermeras del Programa de Salud de la Familia

SUMÁRIO

1 A CAMINHADA EM DIREÇÃO AO TEMA	09
2 OBJETIVO	15
3 ALICERCE DA CAMINHADA	16
3.1 A COMPREENSÃO DO IDEÁRIO DA ENFERMAGEM ACERCA DOS CONCEITOS DE CRIANÇA, FAMÍLIA E DO CUIDADO	16
3.1.1 Crescimento e Desenvolvimento Infantil	16
3.1.2 Papel da família no processo de cuidado da criança	18
3.1.3 Refletindo sobre o Saber do Cuidado de Enfermagem	22
3.2 A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA	25
3.3 GÊNESE E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	28
3.3.1 A Política Nacional de Saúde Materno-Infantil	30
3.3.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança	37
3.3.3 Programa de Agentes Comunitários de Saúde	39
3.3.4 Programa de Saúde da Família	41
3.3.5 Programas de Saúde da criança no Brasil - Ações Estratégicas Assistenciais	45
3.3.6 As Políticas de Saúde com enfoque à criança no século XXI	46
4 CAMINHO METODOLÓGICO	50
4.1 LOCAL DO ESTUDO	51
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	52
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
4.4 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE INFORMAÇÕES	54
4.4.1 Oficinas de Criatividade e Sensibilidade	56
4.4.2 Avaliação das Oficinas de Criatividade e Sensibilidade	61

4.5 ASPECTOS ÉTICOS	62
4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	64
5 DESVELANDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA CRIANÇA	66
5.1 Crescimento e Desenvolvimento da Criança	68
5.1.1 A criança no seu processo evolutivo: o papel da interação afetiva	69
5.1.2 Desenvolvimento Dinâmico da Criança: Passos Importantes para a Socialização	72
5.2 Contexto da família no processo de cuidar a criança e o papel do profissional enfermeiro.....	77
5.2.1 Conhecendo e criando vínculos com a família	78
5.2.2 Intervenção do enfermeiro como ferramenta potencializadora do vínculo com a família	81
5.3 Do ideário das práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança à construção de estratégias e processos de mudança	85
5.3.1 Interface entre a gestação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: construção de cenários favoráveis	87
5.3.2 Tensões do agir em enfermagem e suas presenças no dia-a-dia na construção de práticas vinculadas à saúde da criança	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
RECOMENDAÇÕES	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	120
APÊNDICE A.....	120
APÊNDICE B- Consentimento Livre e Esclarecido	127

1 A CAMINHADA EM DIREÇÃO AO TEMA

A opção pelo estudo da temática que aborda o desenvolvimento humano, mais especificamente o crescimento e desenvolvimento da criança, coincide com a história de minha vida. Desde a minha primeira experiência acadêmica com a criança, que ocorreu em situação de hospitalização, no decorrer da realização do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, em uma UTI Neonatal e Pediátrica, me sensibilizei com o cuidado de enfermagem desenvolvido com os recém-nascidos e as crianças hospitalizadas.

Em conformidade às exigências institucionais, vivenciei experiências diversificadas em campos de estágios intra e extra-hospitalares, intitulados Estágio Curricular 1 – Intra-Hospitalar e Estágio Curricular 2 – Extra-Hospitalar que ocorreram em semestres distintos, durante a graduação, e contemplaram também as atividades teórico-práticas. Concomitantes a estes dois momentos, característicos da formação acadêmica, aliaram a elaboração da monografia, para a conclusão do curso, como uma exigência paralela à produção do conhecimento advinda dos estágios curriculares. Durante estes três momentos distintos, estive voltada para a área da enfermagem neonatal e pediátrica, seja através das experiências vivenciadas, como também pela produção do conhecimento.

O cenário do Estágio Curricular 1-Intra-Hospitalar foi a CTI Neonatal de um hospital público, onde produzi o trabalho intitulado Assistência de enfermagem aos recém-nascidos internados em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

reflexões a cerca da participação dos pais. O trabalho realizado com os pais e mães dos recém-nascidos teve o objetivo de resgatar a humanização na assistência prestada nesta unidade, como uma tentativa de sensibilização dos profissionais sobre suas competências enquanto cuidadores, através da instituição do grupo de Pais, chamado de “A Roda do Cuidado”. Através deste grupo, os profissionais que atuavam neste setor, podiam ouvir os pais e orientá-los quanto suas dúvidas.

Na mesma linha de atuação, durante a realização do Estágio Curricular 2 - Extra-Hospitalar, desenvolvi o trabalho intitulado “Atuação da equipe de enfermagem junto ao ambulatório de pediatria de alto risco” com enfoque nas consultas de enfermagem às crianças de alto risco oriundas de internação hospitalar em UTI Neonatal. Através da identificação e avaliação de conhecimentos prévios dos pais e/ou responsáveis relacionados ao cuidado à saúde da criança, foi elaborado um plano para a atuação do enfermeiro na educação em saúde desta população específica.

Para a conclusão do curso de graduação em enfermagem, elaborei a monografia intitulada Crianças Portadoras de Necessidades Especiais: uma proposta de atuação para o enfermeiro que tratou da questão do seguimento de crianças com necessidades especiais, através da criação de uma proposta de atuação do enfermeiro, junto a uma equipe multiprofissional.

Buscando dar continuidade ao processo de formação acadêmica, ingressei na Especialização em Psicomotricidade Relacional, em busca de novos elos interdisciplinares, aliada ao desejo de adquirir subsídios no desempenho pessoal e profissional com crianças portadoras de necessidades especiais.

Durante minha formação como psicomotricista relacional, vivencio com o grupo de colegas terapias corporais, enquanto aluna da disciplina de Formação Pessoal do Adulto, as quais me oportunizaram vivenciar meu corpo de forma lúdica, através de dinâmicas propostas com a finalidade de desbloquear resistências, manifestar o inconsciente, traduzido aqui como reflexo de meu estado. A imersão em situações prazerosas, através do brincar acabou por desencadear um intenso processo de autoconhecimento.

O ingresso na carreira profissional ocorreu como enfermeira assistencial, atuando cerca de três anos junto a duas instituições hospitalares, o Hospital Nossa Senhora Medianeira, de Caxias do Sul, e o Hospital da Criança Santo Antonio, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no período de 2001 a 2003, junto à linha de frente das Unidades de Internação Pediátrica, onde vivenciei a realidade da criança doente e hospitalizada e me sensibilizei com a fragilidade e a angústia das crianças e de seus familiares.

Ao cuidá-las, não conseguia restringir minha atuação apenas para os aspectos curativos. Buscava sempre estimular a criança, no sentido de trazer cada vez menos prejuízos ao seu crescimento e desenvolvimento. Entre estes estímulos, estavam o encaminhamento das crianças a sala de brinquedos - brinquedoteca, mesmo aquelas com soroterapia e outras restrições, procurando estimular os familiares a darem continuidade aos anseios dos desejos da criança. O incentivo, principalmente junto às que estavam em processo escolar, de atividades educativas, a utilização de brinquedos/brincadeiras durante a realização dos cuidados de enfermagem, a conversa com as mães para que acariciassem seus filhos, á medida do possível, mantendo as crianças longe do confinamento ao leito e aos lactentes,

em especial, o atendimento as necessidades de aconchego/organização no berço/incubadora, além de facilitar a proximidade com suas mães.

Em dezembro de 2001, teve início minha ligação com a docência, através do aceite ao convite para a substituição de uma professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul. Apesar de toda aflição por desempenhar o papel de professor, tendo deixado de ser aluna há pouco tempo, obtive uma experiência prazerosa e com êxitos. Fui então, contratada por esta Instituição, onde sigo até os dias atuais, atuando junto à área fundamental, ministrando disciplinas dos três primeiros semestres do curso – Introdução a Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem I e II – e também junto às disciplinas de final de Curso, desenvolvendo orientações de projetos de intervenção profissional e orientação de estágios curricular 1 e 2, conforme descrição anterior.

Durante a trajetória do meu percurso profissional optei, por diversificar o desenvolvimento de minhas atividades assistenciais e realizei um concurso público municipal, passando então a integrar a equipe de saúde da secretaria municipal de saúde de Bento Gonçalves – RS, seguindo com o desafio de exercer a função de coordenar o setor de imunizações. No rol de minhas atividades estão contempladas a assessoria técnica às enfermeiras que estão à frente do gerenciamento do processo de trabalho desenvolvido nas unidades básicas de saúde, acerca do desenvolvimento de ações de implementação e manutenção do Programa Nacional de Imunizações, além da coordenação de campanhas de vacinação, ambos propostos pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, lanço o olhar sobre outra esfera da atuação do profissional enfermeiro e tomada pelo desejo de me inteirar com os processos de trabalho desenvolvidos na atenção primária em saúde, percebo que o saber-fazer em

enfermagem apresenta uma nova conotação. Neste cenário, o profissional enfermeiro encontra a possibilidade de atuar junto à realidade das condições de saúde da população, introduzindo propostas direcionadas para os momentos de saúde e não mais, somente, para os momentos de doença. Passo então, a me envolver diretamente com ações que buscam intensificar a assistência integral à saúde da criança, através das quais percebo que as necessidades atuais, desde o período neonatal até a adolescência, convergem para a apreensão da criança em sua dimensão biológica, social e em sua subjetividade e o envolvimento da família nos processos de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêutica e reabilitação; a organização do processo de trabalho em equipes multiprofissionais e multidisciplinares; a compreensão da instituição de saúde como espaço de produção de serviços nos quais estabelecem-se relações sociais complexas, tendo o poder como um dos principais determinantes.

A partir destas constatações, busco a realização de um estudo com enfoque no desenvolvimento humano, com abordagem específica ao crescimento e desenvolvimento infantil.

Conforme Motta e Luz (2003), o desenvolvimento humano atingido, seja pelos profissionais da área da saúde, como pelos usuários dos serviços de saúde, apresenta interferências nas práticas de saúde por eles prestada, assim, o conhecimento dos aspectos relacionados aos processos de crescimento e desenvolvimento humano, torna-se condição essencial às enfermeiras que atuam à frente dos programas de saúde da criança na esfera da atenção primária em saúde.

Sabe-se que a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças é complexo e pretende-se aqui olhar para esse processo destacando as práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança,

diante das transformações no sistema de saúde brasileiro, a partir do processo de municipalização da saúde, como estratégia fundamental para a descentralização do setor saúde do país, que acarreta e pressupõe o aumento de poder de operação e decisões em âmbito local; e da implementação do sistema único de Saúde (SUS), que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a população e os serviços. Sob estes aspectos levantados, destacamos a expansão das ações extra-hospitalares, frente à organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu aspecto social como foco da atenção primária à saúde, por meio da implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Dentre tantos elementos envolvidos nas práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança, no caso específico deste estudo, durante o processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, é útil perguntar: **quais são as práticas de cuidado à saúde da criança desenvolvidas por enfermeiras no âmbito da atenção primária em saúde, junto aos Programas de Saúde da Família?**

É importante ressaltar que a opção pelo coletivo enfermeiras (no feminino) não desconsidera a participação de profissionais homens, mas pretende acentuar as características de gênero presentes na profissão, numa clara subversão à norma gramatical.

A partir do aporte teórico e das reflexões elaboradas até o momento, que teceram o alinhavo para a construção da indagação que motiva a realização deste estudo, apontamos nosso objetivo com a intenção de dar um norte à investigação.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL:

Conhecer as práticas de cuidado à saúde da criança desenvolvidas por enfermeiras que atuam em Programas de Saúde da Família.

3 O ALICERCE DA CAMINHADA

O presente capítulo apresenta a criança como ser em crescimento e desenvolvimento, a família e o cuidado de enfermagem temas, que oferecem sustentação ao estudo e algumas reflexões sobre a enfermagem na atenção primária à saúde da criança e as políticas de saúde na área da criança, que subsidiam as práticas de enfermagem.

3.1 A COMPREENSÃO DO IDEÁRIO DA ENFERMAGEM ACERCA DOS CONCEITOS DE CRIANÇA, FAMÍLIA E DO CUIDADO.

3.1.1 Crescimento e desenvolvimento Infantil

A infância é uma etapa significativa do processo evolutivo do ser humano, é um período de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento, rico em aquisições afetivas, cognitivas e psico-socioculturais, que vai desde o nascimento até a adolescência. Durante este período a criança deve ser vista como um ser em desenvolvimento que traz consigo as bagagens de seu mundo e que apresenta, de modo mais ou menos intenso, a dependência do ser adulto, de acordo com a idade.

A infância é uma das fases da vida onde ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Essas mudanças caracterizam o crescimento e desenvolvimento infantil, e precisam ser acompanhadas de perto. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento indica as condições de saúde

e vida da criança, visando a promoção e manutenção da saúde, bem como intervindo sobre fatores capazes de comprometê-la (SIGAUD, 1996).

Quando à terminologia, crescimento corresponde a fenômenos distintos, embora correlacionados. *Crescimento* significa aumento do corpo, como um todo ou em algumas de suas partes, e podem ser mensuradas em centímetros ou gramas. Significa o aumento do tamanho das células. *Desenvolvimento* significa capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas, ou seja, desenvolve controle neuromuscular, destreza e funções que só podem ser mensuradas por meio de provas *out* testes funcionais (MARCONDES, 1992).

Uma criança pode crescer e não se desenvolver, e vice-versa. Crescimento e desenvolvimento constituem a resultante final de uma série de fatores, que podem ser divididos em extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (orgânicos). Os intrínsecos são representados pela herança genética e pelo sistema neuroendócrino, e os fatores extrínsecos são os fatores ambientais e nutricionais (MARCONDES, 1992).

Para Whaley & Wong (1999) o desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais dia a dia, garante seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e prepara-se a criança para o futuro. O desenvolvimento significa também saúde, não pode haver crescimento nem desenvolvimento satisfatório se a saúde da criança está afetada por problemas crônicos, como a desnutrição.

Nos países em desenvolvimento, com seus problemas econômicos e sociais, grande parte da população vive em estado de pobreza ou na miséria, com grandes riscos de sobrevivência, devido as condições econômicas de um núcleo familiar, pode-se observar, por exemplo, a qualidade nutricional em suas refeições, sabendo-se que é pelo alimento que a criança recebe os elementos energéticos e

construtivos (são as proteínas) necessários ao seu crescimento. Estes cuidados estão relacionados ao atendimento primário a essa população, que se refere a um atendimento integral.

O enfermeiro, como educador em saúde, compartilha com a criança e a família informações e conhecimentos quanto à avaliação de enfermagem da situação da criança, reforça condutas adequadas ao desenvolvimento da criança, e de seus familiares, apresenta informações que favorecem o crescimento e desenvolvimento da criança.

O enfermeiro é o profissional de saúde em condições de desenvolver as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, uma vez que tem conhecimento acerca do processo de crescimento e desenvolvimento e das necessidades da criança bem como sobre as formas de atendê-las (SIGAUD, 1996).

3.1.2 Papel da família no processo de cuidado da criança

A criança deve ser sempre vista dentro de um contexto familiar, sócio-cultural, espiritual e afetivo em que vive e que, de acordo com a sua idade, etapa de desenvolvimento, interações que estabelece estímulos positivos e negativos a que está submetida, será capaz de participar de todos os processos que vivencia, capacitando-se para novas experiências.

Considerando, de forma geral, as funções da família, encontramos como o principal agente socializador das gerações mais novas. Conforme Biasoli-Alves (1999), fazem parte da habilidade e competência da família o produzir, organizar, dar

forma e significado às relações entre seus membros. Essas funções sofrem sempre a influência de macros variáveis do social. As relações produzidas dentro da família irão gerar vínculos de apego, cuidado e lealdade intergeracional, sendo a família considerada como um sistema de cuidados.

Fukui referenciado por Biasoli-Alves (1999) entende a família numa perspectiva sociológica, por laços de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecida.

De acordo com esses conceitos, várias são as estruturas sociais que podem ser classificadas como família. Segundo Osório (1996), a estrutura e funções da família estão vinculadas às mudanças de paradigma sócio-cultural, sendo, portanto, um agrupamento humano cambiante. Devidos a essas mudanças, observamos, hoje, inúmeras configurações familiares como famílias reconstituídas (separações), famílias monoparentais, famílias homossexuais e outras.

Desde o final da década de 80, estudos e pesquisas levavam mais em conta a dinâmica familiar como um todo no entendimento dos problemas do desenvolvimento emocional, inter-relacionando-a com fatores sociais e econômicos (MALDONADO, 1989).

Neste estudo a criança ocupa uma posição central, mas sempre acompanhada da família que lhe imprime valores, crenças e o sentido do humano. A criança é vista como sujeito que participa que é capaz de influenciar e de ser influenciada e jamais como um objeto pertencente a alguém, no caso, a família que, conforme Elsen (1994), é focalizada pela enfermagem como referência na troca e transmissão de saberes a serem compartilhados na comunidade.

A família está em constante transformação, tanto internamente como em relação à sociedade. Cada membro da família encontra-se em seu próprio estágio

de desenvolvimento. Os pais também estão vivendo os seus próprios estágios de desenvolvimento na medida em que os filhos crescem e se desenvolvem. A família vive num processo de interação e de trocas onde cada um, a todo o momento, está aprendendo sobre si mesmo, sobre o seu papel e o do outro. Dentro desta perspectiva, o desenvolvimento da criança deve ser considerado no contexto do desenvolvimento da família na qual ela está sendo criada (LEWIS E WOLKMAR, 1993).

Para Biasoli-Alves (1999) a família é um grupo que compõe uma trajetória que inicia com o encontro de um casal que já tem uma história e criará uma história.

As relações dentro do nicho da família se fundam assim num misto de transformação e manutenção: há uma transmissão vital de um código, que faz com que ele não seja imposto, mas entregue de uma geração a outra conectado a seus significados, o que permite que ele seja reelaborado e aprendido, para novamente acontecer uma retransmissão. E assim se caracteriza a Lealdade Intergeracional, quando, a despeito das percepções das mudanças acontecidas, de padrões e valores nem sempre concordantes, cada geração consegue visualizar '**o tempo e as condições**' em que a outra vive e respeitar suas particularidades (BIASOLI-ALVES, 1999, p. 238).

Elsen (1994), afirma que os membros de uma família, ao se organizarem, trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde.

É necessário considerar também que o contexto familiar pode apresentar situações e dinâmicas mais ou menos fragilizantes para a saúde. Por outro lado, uma vez diante do problema de saúde, a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos sócio-sanitários (BASTOS, 1998).

Elsen (1994) constatou que a família atua como unidade de saúde para os seus membros. A família tem um referencial para compreender e atuar nas

diferentes situações de saúde e de doença e compartilha seu referencial com outras famílias e pessoas da comunidade. A partir do referencial construído pela autora, a família pode ser reconhecida como uma unidade que presta cuidados primários à saúde dos seus membros e que, às vezes, pode necessitar de auxílio para o desempenho eficiente de seu papel. Assim sendo, a enfermagem pode necessitar cuidar da família, se desejar cuidar da criança e neste ponto penso que a família compartilha o seu referencial de cuidado com a enfermagem que, por sua vez, necessita ter seu próprio referencial, para que numa relação dialética as trocas ocorram e todos cresçam. Acredito ainda que é necessário à enfermagem compreender a criança e a família na sua forma de crescer e relacionar-se com as pessoas significativas do seu ambiente, podendo agir, criando práticas de saúde que se estruturam de forma a dar significado aos valores e práticas já existentes, somando aos valores e práticas que podem ser incorporados a partir das trocas com os profissionais e serviços de saúde.

Rocha (2002) através de sua experiência no ensino em Enfermagem Pediátrica constata que entre as áreas de conhecimento da enfermagem que se beneficiam da abordagem de enfermagem da família, a assistência à criança é uma das que vem se destacando. A autora ressalta que este fato pode ser evidenciado a partir da literatura de enfermagem, particularmente na assistência à criança com doença crônica, na assistência ao recém-nascido e ao adolescente e nos programas governamentais que enfatizam a importância do suporte da família para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

3.1.3 Refletindo sobre o saber do cuidado de enfermagem

A história do cuidado de enfermagem, ao longo dos anos, apresenta diversas versões, principalmente aquelas ligadas à implementação de tecnologias e terapêuticas médicas e, portanto, dependentes do modelo biomédico destinado à cura e ou recuperação de doenças. Mas refletindo sobre o cotidiano do trabalho de enfermagem, observamos que muitas atividades são desenvolvidas tendo como enfoque o entendimento da complexidade e fragilidade desse ser humano sob sua responsabilidade, pois nem sempre o que se preconiza tradicionalmente para suprir suas necessidades surte o resultado almejado. É na esfera dessa demanda do usuário que se desenvolve o cuidado específico de enfermagem voltado para as necessidades e desejos de sua clientela.

Nessa história o cuidado nasceu no espaço privado, na família, sendo a mulher a primeira a cuidar do filho, do marido, dos parentes, dos vizinhos e transmitindo essa experiência para as filhas que iam disseminando pelas comunidades o conhecimento de cuidar. Então, ele traz um seu legado, a sensibilidade, a compaixão, a compreensão, o amor, o aconchego, tão comuns no comportamento das mulheres. Portanto, esse cuidado não se conforma no paradigma científico cartesiano adotado na área biomédica e extensivo predominantemente às demais profissões de saúde.

Considerando o cuidado como uma atividade fim no trabalho da enfermagem e um meio de valorização profissional quando é realizado com arte (criatividade, estética), ética (respeito, compreensão) e ciência (conhecimento, pesquisa). O cuidado produz o bem-estar e o bem viver, o bem maior a que tem direito o homem.

O bem-estar como saúde impõe-se no compromisso dos profissionais desejosos em evitar os fatores que desviam o homem do estado de bem viver. Interrogar, com vistas à socialização, o respaldo do poder médico, ainda permanente, e estender este poder para outros grupos é empreender um novo papel pois no mundo todos são responsáveis pela célula do movimento sanitário, ou seja, o cuidado com: filhos, família, planetas, a nossa terra, enfim a natureza ambiental e humana, as instituições, pessoas consideradas diferentes, doentes, moribundos e as relações que se estabelecem entre elas.

É no desenvolvimento da enfermagem, afirmam Figueiredo; Santos; Sobral; Silva Jr. (1998) que se encontra o lugar do cuidado com as pessoas, do respeito aos seus direitos e do reconhecimento de sua dignidade e humanidade. Fazer enfermagem é dispor-se a sonhar, imaginar, criar e compartilhar com outros de belezas, misérias, forças, humildade, saberes e utopias, conforme evidenciou Tavares (1999).

Considera-se cuidado de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil aquele que vai além da realização de técnicas e da utilização dos instrumentos como a balança, a régua e os gráficos, mas, aquele que não acaba após a realização das técnicas, continua com o lado sensível e humano dos envolvidos. É um convite para a compreensão do outro. A enfermagem necessita refletir sobre como está sendo essa prática, definir melhor o que é, como é e para quem é o cuidado de enfermagem às crianças no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em unidade básica de saúde (UBS).

Em direcionamento ao foco principal deste estudo, Figueiredo e Mello (2003) realizaram uma pesquisa sobre as ações de enfermagem no acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos de idade, usuárias de duas unidades básicas de saúde de Franca-SP. A pesquisa empírica foi baseada na observação das atividades de enfermagem nos setores de vacinação, pré-consulta, pós-consulta e coleta de sangue para o teste do pezinho. As autoras depreenderam como resultado, que as necessidades trazidas pelas mães das crianças atendidas não foram tomadas, pela equipe de enfermagem, como problemas de saúde, havendo condução do atendimento e encadeamento da comunicação restrito aos procedimentos, seja na verificação de medidas antropométricas, entrega de medicamentos, teste do pezinho ou vacinação, entre outros. Observaram também a existência de oportunidades perdidas de educação em saúde e que a interação enfermeiro-mãe-criança necessita ser construída com base em adequada comunicação, busca do autocuidado, da promoção da saúde e da qualidade de vida.

O avanço das políticas sociais, assim como a implementação de medidas de promoção de saúde e novas formas de organização das práticas nos serviços de saúde podem ter impactos positivos sobre a saúde de mães e crianças, contribuindo para incrementar a qualidade de vida. Nos serviços de atenção básica, a enfermagem pode estabelecer em sua dimensão cuidadora outros tipos de atendimento às mães e crianças, proporcionando não só o acesso, mas consolidando vínculos, acolhimento, e contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção à saúde.

3.2 A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

A criança saudável, desde o primeiro ano de vida, é usuária dos serviços de atenção básica em saúde nas ações que garantem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Sendo a imunização um dos momentos privilegiados pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a ser realizado pelos profissionais de enfermagem. Neste contexto, Bordin (2001) realizou um estudo sobre o cuidado em sala de vacinas. A autora descreve uma passagem de sua coleta de dados:

Alguém, normalmente de branco, chega na porta e diz: -"Trouxe a carteirinha" (ou a receita)? Senta-se, escreve na carteirinha e depois vira-se de costas e enquanto prepara a injeção vai dizendo: -"Pode ir tirando a roupinha, vai ser na perninha..." aplica a injeção, vira-se de costas novamente e enquanto despreza as seringas e agulhas no lixo diz: "Dê antitérmico se tiver febre" e normalmente sai da sala ou vai chamar o próximo paciente (BORDIN, 2001, p. 12)

Outros referenciais também descreveram situações semelhantes a esta, como Oliveira e Cassiani (1997), onde ambos os relatos nos remetem a interpretar que a criança é tratada como objeto e não como sujeito de cuidado que irá submeter-se a um procedimento e sentir seus efeitos. Dentro de uma visão humanista do cuidado, entendemos que a criança precisa ser orientada como um ser capaz de compreender e vivenciar suas próprias experiências e organizá-las, fazendo registros positivos de cuidado até porque, este também pode ser considerado um momento de acolhimento da criança no serviço de saúde.

A enfermagem, enquanto uma das disciplinas que compõem o trabalho em saúde constitui-se também como uma daquelas que constroem a saúde coletiva. Desta forma útil nos questionarmos, como a enfermagem se insere nesse campo da

saúde coletiva, como o saber da enfermagem se relaciona com outros saberes que constroem a saúde coletiva e como a enfermagem se faz enfermagem. Aqui, o coletivo é compreendido como um campo estruturado de práticas sociais que caracterizam a saúde coletiva (MATUMOTO, 2001).

Estas questões – e algumas mais – apontam para o entendimento que hoje temos da enfermagem como uma prática de relações, como sempre foi e sempre será, que se utiliza um saber tecnológico, construído desde Florence Nightingale, o qual se reformula e conforma intervenções distintas, em cada momento histórico, nesta convivência dos trabalhadores de saúde e de enfermagem, entre si e com os usuários, no cotidiano dos serviços de saúde inseridos em um contexto social. A questão aqui colocada parece situar-se em torno da finalidade do trabalho de enfermagem. É o para quê se faz esse trabalho. Estes aspectos merecem destaque, pois remetem a reflexão sobre as bases em que estão sendo construídas as práticas de enfermagem e a sua relação com o fazer saúde que qualifique a vida.

Parece ser este um de nossos desafios, a construção de um projeto coerente com os princípios do SUS, de acesso e universalidade do direito à saúde, equidade e integralidade, respeitando o direito à cidadania. Um projeto no qual tomamos o homem – incluindo-nos nele – na qualidade de um ser constituído socialmente, um ator social que tem um projeto, uma intencionalidade no fazer, e que está em uma linha de produção de fatos sociais (TESTA, 1995).

Retomando a finalidade de tal projeto, nos deparamos com outra questão chave: Qual é o impacto de nossas práticas sobre a saúde da população pela qual nos responsabilizamos? Quando esta população se tratar de crianças, que estratégias estamos utilizando para implementar ações em prol do crescimento e desenvolvimento infantil?

Resgatando o histórico da atuação da enfermagem, junto à atenção primária em saúde, podemos dizer que a partir da década de 70 o objeto da prática dos profissionais de saúde passou não mais a ser os corpos biológicos, mas os corpos sociais, sendo o processo saúde-doença analisado em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade. Desse modo, também foi possível apreender as formas como práticas em saúde, institucionalizadas, reproduziam as relações sociais mais amplas, determinando patologias, riscos, tecnologias e formas diferenciadas de atendimento (ROCHA; ALMEIDA, 1998). Nesse sentido, a enfermagem passou a ser entendida, de acordo com alguns autores, enquanto uma prática social, ou seja, como uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1986; ROCHA, 1987; SILVA, 1996).

Aliado a essa compreensão das práticas de saúde na vertente do processo de trabalho, Merhy, (1997) explorara o trabalho em saúde e suas tecnologias. Para o referido autor, a tecnologia em saúde, pode ser classificada em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para exames e a organização de informação; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados, e tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em atos de saúde, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador de saúde e usuário/paciente (MERHY, 1997).

A abordagem assistencial da enfermagem em torno do cuidar, produz neste ato relações entre pessoas, intersubjetividades, falas, escutas e interpretações. Assim, o aprofundamento no complexo conceito cuidar, e aqui cuidar de crianças, aplicado sobre a prática contribui para uma nova organização da enfermagem na atenção primária à saúde da criança.

O crescimento e o desenvolvimento são os eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. A infância é uma das fases da vida onde ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas do ser humano. Essas mudanças caracterizam o crescimento e desenvolvimento infantil, e precisam ser acompanhadas de perto pelos profissionais de saúde. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento indica as condições de saúde e vida da criança, visando a promoção e manutenção da saúde, bem como intervindo sobre fatores capazes de comprometê-la.

3.3 GÊNESE E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

A influência dos fatores ambientais sobre o processo de crescimento da criança e do adolescente vem sendo objeto de numerosos estudos, particularmente em populações de áreas carentes, onde as condições de nutrição e a incidência de morbidades têm sido analisadas como determinantes dos padrões de crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

A análise histórica dos estudos sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança, contempla o contexto histórico e os interesses políticos, sociais e econômicos da época.

O nível socioeconômico que define as condições de vida como um todo é que determina os fatores de nutrição e morbidade de uma população. O nível sócio econômico vai influenciar o nível de escolaridade e, obviamente, o de saúde. A

utilização do peso e da altura (dados antropométricos) como indicadores sensíveis de mudanças da situação nutricional vem nos fornecer, conseqüentemente, o nível de qualidade de vida da população estudada (BARROS, 1996).

A política de saúde efetivamente implementada em cada época reflete o momento histórico em que foi formulada, as condições econômicas vigentes, os avanços do conhecimento científico, bem como a capacidade dos cidadãos, grupos e classes sociais se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais (SILVA, 2001).

Um dos primeiros estudos com relação ao crescimento humano registrado foi o do Conde de Montbeillard (1759-1777), que mediu seu filho a cada seis meses. Surge a auxologia em 1777, separada da pediatria; Bufon apresenta trabalhos em que o crescimento humano foi observado até os 18 anos. Por volta de 1830, na Bélgica, Quetelet publicou trabalhos, em forma de gráficos, em que foi analisada a altura de crianças na faixa etária maior. Os gráficos mostraram que o crescimento analisado tinha uma distribuição normal (curva de Gaus). Também nessa época, Vilerne publica um trabalho em que foi observado que o social interfere no tamanho dos meninos (herança/meio). Carron, em 1852, torna a pesagem prática regular, criando assim, a puericultura; e é nesta época que os percentis são definidos, e Boston os utiliza para a classificação dos escolares. Em 1892, a auxologia é implementada e sistematizada como instrumento de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança (LOWREY, 1986).

Já no século XX, Tanner monta o Serviço de Crescimento Humano, na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial. O crescimento passa a ter um caráter global, sendo a somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita segundo um plano predeterminado pela

herança, e modificada pelo ambiente. O estudo do crescimento da criança é, hoje, fundamentalmente antropológico e, como tal, não considera o indivíduo como objeto de estudo como padrão estático no tempo e no espaço, mas trata de pôr em destaque suas diferenças, procurando averiguar o significado biopsicossocial de cada grupo (TANNER, 1989).

Estudar crescimento e desenvolvimento humano é estudar os fatores que o envolvem: herança, fatores neuroendócrinos, fatores ambientais em geral, fatores especial (nutrição, atividade física, estimulação biopsicossocial, educação). Esta visão intersetorial e multidisciplinar do crescimento e desenvolvimento humano constituem a base principal para o estudo aqui apresentado.

3.3.1 Política Nacional de Saúde Materno-Infantil

A assistência à criança caracteriza-se, até o século XIX, pela caridade e filantropia através do asilamento de órfãos, abandonados e desvalidos, bem como pelo atendimento dos pobres e enfermos em hospitais mantidos pelas Irmandades de Misericórdia responsável pela fundação de Santas Casas em todo o país.

No final do século XIX, a sociedade e os governantes, de um modo geral, envolviam-se no processo de expansão dos fins lucrativos, pelo intermédio da agricultura, através da plantação, colheita e distribuição de insumos, necessitando investir sobre a força de trabalho. Em decorrência deste fato, teve início a organização dos serviços de saúde pública, particularmente, voltados às crianças através da higiene infantil (OLIVEIRA, 1999).

Assim, constatamos um período de transição quanto à assistência à criança, na qual as ações deixam de ser predominantemente sociais e filantrópicas, dando lugar ao atendimento à saúde infantil através de iniciativas particulares e públicas.

A origem e a evolução da proteção Materno-Infantil, ao serem estudadas, podem ser descritas através de três períodos: a) 1920-1945, da Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância; b) 1940-1970, do Departamento Nacional da Criança à Coordenação de Proteção Materno-Infantil; c) 1979-1985, da Coordenação de Proteção Materno-Infantil à Divisão de Saúde Materno-Infantil (MIRANDA, 2001).

Com a Reforma de Carlos Chagas, na década de 20, ocorreu a reorganização dos serviços de saúde pública, sendo criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que estendeu sua ação a várias áreas, tais como a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, representada na Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância. Em 1923, a Seção de Higiene Infantil foi transformada em Inspeção de Higiene Infantil (IHI); em 1934, foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI); em 1937, criou-se a Divisão de Amparo à Maternidade e a Infância (DAMI); e em 1940, criou-se o departamento Nacional da Criança (DNCr).

Nesta mesma época, foi fundada a Escola de Enfermeiras do DNSP nos moldes do sistema nightingale oriundo da Inglaterra e repassado pelos Estados Unidos ao Brasil. Posteriormente, esta escola passou a denominar-se Escola de Enfermagem Anna Nery, cujo padrão de formação empregado, deu início a criação de muitas outras escolas de enfermagem no país. Conforme relatos de Oliveira (1999), nos consultórios de higiene infantil, as enfermeiras orientavam as mães

quanto aos cuidados com a gestação, parto, pós-parto, puerpério e, também, com os seus filhos.

A competência do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), segundo o seu regulamento (Art. 1º, item a, Decreto nº 16 300/23), era de caráter higienista, cabendo-lhe realizar a profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis, e de outras evitáveis, e polícia sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos, fábricas, oficinas, colégios, estabelecimentos comerciais e industriais, hospitais, casas de saúde, maternidades, mercados, hotéis e restaurantes no Distrito Federal; bem como a competência dos serviços de higiene infantil no Distrito Federal e nos Estados que para isso realizaram acordos com a União (TYERRELL, 1993).

A inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública foi extinta em 22 de maio de 1934, através da criação de um decreto que criou a Diretoria de Proteção a Maternidade e à Infância, sem subordinação ao Departamento Nacional de Saúde Pública, definindo os níveis de competências, além de subdividir as ações em duas inspetorias: a da Higiene Pré-Natal e a Assistência ao Parto e da Higiene e Assistência a Criança, essa com três seções: Higiene Infantil e Pré-Escolar, Assistência Médica à Infância e Assistência Alimentar.

Em 1937, foi criado o Instituto Nacional de Puericultura (INP), sendo incorporado ao Departamento Nacional da Criança, em 1941. Órgão supremo de proteção à infância, diretamente subordinado ao Ministério de Estado, o Departamento Nacional da Criança foi criado em 1940, dentro do então Ministério da Educação e Saúde (TYERRELL, 1993).

No decorrer das décadas de 50 e 60, Zanolli (2001) ressalta que os conceitos de multicausalidade e de enfoque de risco, apresentavam-se numa proposta de atenção integral racionalizadora e hierarquizante,

através de uma rede de serviços ambulatoriais com alcance completo, centralizada em um hospital (se possível relacionado a uma escola médica), prevendo a participação da população tanto na detecção de problemas na comunidade, quanto na execução das ações de saúde (ZANOLLI, 2001, p. 980).

Tais práticas corroboraram com a atenção materno-infantil, implicando na valorização da doença em detrimento das práticas de puericultura.

Zanolli (2001) salienta ainda que, dentro desta perspectiva, as ações de saúde foram sistematizadas em cumprimento as políticas do UNICEF e da OMS, que incentivavam o combate à mortalidade infantil, com o objetivo de eliminar a doença diarreica, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, através de cuidados com a alimentação e a vacinação, além de estimular o aleitamento materno.

A década de 50 foi marcada pela criação do Ministério da Saúde. Na década de 60 foi regulamentado o Código Nacional de Saúde, que mantém como competência do Ministério da Saúde, o sub-setor de saúde Materno-Infantil e dá maior ênfase ao atendimento às crianças com necessidades especiais.

Dentro deste contexto, foi sendo institucionalizada a assistência à criança no país, que, ao longo de cinco décadas, de 1920 até 1969, sofreu modificações em relação às diretrizes de proteção à infância. O Serviço de Higiene Infantil do DNSP foi transformado, culminando com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1940, cujas atribuições estavam voltadas predominantemente para as ações preventivas, tornando-se o responsável pela criação e orientação técnica dos serviços de prestação de assistência à criança, através dos postos de puericultura.

Vale destacar que a política de saúde estava dividida em saúde pública e medicina previdenciária. Assim é que o cuidado à criança era marcado por dois tipos de prática, ou seja, a assistência governamental (puericultura) e a privada (ZANOLLI, 2001).

Como resultados das diferentes metas governamentais estabelecidas no período de 1945 a 1969, ocorreram mudanças em vários setores da sociedade, inclusive o de saúde, que sofreu influência do modelo curativo. Em relação à Pediatria, a assistência a criança passou-se a ser centrada em hospitais, surgindo os berçários, clínicas pediátricas e unidades neonatais.

Já na década de 70, o Ministério da Saúde passou por uma reformulação, sendo reorganizado o extinto Departamento Nacional da Criança, passando a constituir a Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Essa coordenação tinha a finalidade de planejar, orientar, organizar, controlar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Em 1972, são estabelecidas novas competências para o Ministério da Saúde, entre elas a execução de atividades relativas à proteção Materno-Infantil, integradas à Política Nacional de Saúde, envolvendo a descentralização das atividades, através de convênios firmados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades privadas (BRASIL, 1972).

Na esfera das transformações sociais e econômicas da sociedade, podemos apontar que, entre o final da década de 50 e o início dos anos 80, o atendimento hospitalar cristalizou-se definitivamente como núcleo da atenção médica na sociedade brasileira. Durante este período, a distribuição territorial da população urbana prevalecia sobre a rural; o atendimento da previdência social era estendido a todos os trabalhadores; ocorreram mudanças nos padrões de reprodução humana,

decorrentes das próprias mudanças socioeconômicas no país e no mundo, todos esses aspectos levantados influenciaram diretamente sobre as questões sanitárias.

A organização dos serviços públicos, em relação à assistência na rede básica, esteve centrada nos programas de saúde implantados, principalmente, nas décadas de 70 e 80 no Brasil. Em 1974, o governo federal legitimou a desnutrição e o baixo peso ao nascer como prioridades, o risco de morrer estava centrado nessas crianças e lançou o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI), propondo um esquema de visitas mensais de puericultura, alternando consultas médicas e atendimentos de enfermagem. Atuava-se, então, no pré-natal, na assistência à criança menor de cinco anos, na suplementação alimentar para prevenção da desnutrição, no Programa Nacional de Imunização para prevenção de doenças imunopreveníveis, e a hospitalização para os casos de doenças infecciosas incluindo normas de atender para os médicos e para os procedimentos não médicos (BRASIL, 1974).

Em 1975, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), ficou delineada a ampliação das bases sociais e o atendimento às reivindicações populares. Através desta proposta, diferentes agências prestadoras de serviços de saúde formariam um sistema, sem criar mecanismos que regulassem as relações entre elas: Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) de atenção curativa e o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de atenção preventiva, fomentando a dualidade entre Hospital e Posto de Saúde, o que não é cabível, pois prevenção e cura, são processos intercomplementares e transcomplementares (MIRANDA, 2001).

A partir do SNS, foram criados programas de grande abrangência como o Programa Nacional de Imunizações, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Este último, discutido em 1976 na V Conferência Nacional de Saúde (CNS), compunha-se de 2 sub-programas, o de Assistência Materna e o de Assistência à Saúde da Criança e do Adolescente.

O subprograma Assistência à Saúde da Criança e do Adolescente tinha como objetivo aumentar a cobertura da assistência às crianças, melhorar os indicadores da faixa etária, aumentar a produção e a produtividade dos serviços de saúde e capacitar e aperfeiçoar profissionais para o atendimento desta clientela.

O programa de Saúde Materno-Infantil, embora implantado em 1974, fortaleceu-se em 1975, reproduzindo através de sua operacionalização no formato vertical, a ideologia corrente da política social do país. Em um documento elaborado pelo Grupo Técnico deste Programa, foram lançados alguns subsídios para a Proteção Materno-Infantil, onde já eram consideradas a extensão territorial do Brasil e as diversidades regionais, impondo o desafio de adequar as conclusões iniciais às condições locais. Desde sua origem, as propostas para a elaboração dos programas de proteção Materno-Infantil referem-se aos aspectos operacionais, haja vista os conteúdos relacionados à saúde e a educação. O caráter vertical do programa, isto é, o fato de ele ter metas e normas decididas em nível central e por critérios técnicos.

As conseqüências advindas do cenário anteriormente apresentado, trazendo à tona a ambigüidade e o equívoco da interpretação tanto dos conceitos de Assistência Primária de Saúde e de Educação à Saúde como dos recursos humanos

utilizados pelo Programa de Saúde Materno-Infantil, na sua fase operacional, praticamente até os dias atuais, o que acaba por inviabilizá-lo.

Em 1976, a saúde Materno-Infantil passou a constituir uma Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) em igualdade de condições com os Programas de Tuberculose, Hanseníase, Câncer e Saúde Mental. Segundo Tyrrell (1993), a saúde materno-infantil é a porta de entrada para a atenção primária em saúde, pois oferece as melhores possibilidades de participação comunitária e de contato com as famílias.

Em 1980, o setor saúde Materno-Infantil ficou integrado à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), do Ministério da Saúde. Neste mesmo período ocorreu a realização da VII CNS, cujo tema central constituiu-se na extensão das ações básicas de saúde a toda população, reforçando assim, as recomendações da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978 em Alma –Ata, cuja declaração ressaltava a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento sócio-econômico, definindo a atenção primária de saúde, resumidamente, como a possibilidade de acesso de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde.

3.3.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

Na década de 80, no Brasil, numa ação coordenada entre o governo federal, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população, foi

apresentado o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), criado em 1983, cuja origem esta no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev - Saúde) de 1980. Tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o Brasil, com racionalização de recursos, introduzindo de fato o planejamento em saúde. Foi influenciado pela conferência de Alma-Ata, pelo fortalecimento dos movimentos sociais, pelas conferências nacionais de saúde e por instituições criadas nas décadas de 70 e 80 (ZANOLLI, 2001).

A partir de então, os programas de saúde destinados às distintas etapas do ciclo vital – Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso – como ao controle de agravos – Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, etc – , editados desde a década de 20, foram revistos e alguns ampliados. A partir deste contexto, é que foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 1984). Suas diretrizes apontavam para a resolutividade da maioria dos problemas de saúde das crianças, inclusive os fatores indesejáveis do meio ambiente no âmbito primário, ou seja, a partir da unidade básica de saúde. Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, cinco ações básicas, foram sugeridas pelo setor saúde como resposta aos agravos mais freqüentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade, sendo eles: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Controle da Diarréia, Controle das Doenças Respiratórias na Infância, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (BRASIL, 1984).

Com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, de 1984, o Ministério da Saúde marcou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isso a estratégia da assistência integral, buscando

a integração das diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde e utilizando atividades de baixa complexidade e baixos custos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, através da sistematização de retornos ao serviço de saúde do recém-nascido ao adolescente, foi considerado o eixo integrador das ações básicas.

Porém seus resultados não foram significativos na melhoria das condições de saúde das crianças, pois a mortalidade infantil continuava fora dos padrões concebidos pela Organização Mundial da Saúde (PERES, 2002).

3.3.3 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Nesse contexto surgiram, como iniciativa governamental, programas de extensão de cobertura desenvolvidos com agentes de saúde em vários estados do Brasil. Conforme relatos de Peres (2002), na região Nordeste foi iniciada uma experiência com Agentes Comunitários trazidos ao Brasil através da UNICEF, a partir de um trabalho que esta instituição já desenvolvia em países africanos. Tais iniciativas ofereceram ao Ministério da Saúde os fundamentos para a formulação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). O trabalho desenvolvido pela UNICEF teve seu início através da implementação de um programa voltado para a atenção materno infantil, no Estado de Pernambuco sob responsabilidade do Instituto Materno Infantil (IMIP).

Concomitante a estes acontecimentos, no ano de 1987, em função de uma grave seca que assolou o estado do Ceará, somada as altas taxas de mortalidade

infantil, o governo estadual, iniciou um trabalho voltado para o combate da mortalidade infantil com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que rendeu a este Estado a receber, em 1991, o Prêmio Maurice Pate conferido pela UNICEF, como reconhecimento pelos resultados obtidos na cobertura vacinal das crianças e também no atendimento prestado as gestantes (PERES, 2002). Assim, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde implantou nacionalmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, cuja atenção inicial esteve voltada para a educação em saúde e a área materno-infantil, enfocando a família como unidade das ações programáticas em saúde e não mais o indivíduo separadamente. Juntamente com o PACS foram introduzidas as noções de território e área de cobertura. Seu objetivo central foi contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil expandindo a cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres e desprovidas de atenção à saúde. O PACS passou a auxiliar a implementação do SUS na medida que se fortalecia, pois incentivava a organização dos sistemas locais e dos Conselhos Municipais de Saúde, e estes eram obrigatórios para a implantação dos programas. A atuação do PACS vai muito além do elo de ligação da comunidade com a Unidade Básica de Saúde, já que o trabalho do Agente Comunitário que é realizado dentro da comunidade, dentro das casas através das visitas domiciliares, buscando grupos vulneráveis, identificando riscos e trabalhando com a educação em saúde como ferramenta para a redução da morbi-mortalidade da população de sua microárea de cobertura.

A consolidação do PACS e a necessidade de incorporar novos profissionais para aumentar a resolutividade emergiu em 1993, na discussão de um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde com base em uma nova proposta de mudanças na forma de operacionalização da rede básica de saúde e de

apoio financeiro para sua efetivação (Viana, 1998). Havia um consenso das limitações do PACS como suficiente para provocar as mudanças necessárias nas organizações dos serviços de saúde. A crise do modelo assistencial precisava ser enfrentada para consolidar o processo de reforma iniciado pelo SUS. O reconhecimento desta crise aflorou a necessidade emergencial de uma nova estratégia, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos, iniciando assim a formulação das diretrizes do Programa de Saúde da Família (SBERSE, 2004).

3.3.4 Programa de Saúde da Família

É nessa direção que, o ano de 1993, o Ministério da Saúde, por intermédio do Ministro da Saúde Henrique Santillo, propõe uma reunião para discutir as bases de expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Foram convocados para a participação na mesma, os técnicos do Ministério da Saúde, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em Atenção Primária em Saúde.

Desta reunião, culminou a proposta do Programa de Saúde da Família apoiada principalmente pela UNICEF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família. Foi criada também a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) dentro do Departamento de Operações na Fundação Nacional de Saúde. A coordenação agregava o Programa de Agentes Comunitários, Saúde da Família e o Projeto de Interiorização do SUS.

Avaliando experiências de atenção em saúde desenvolvidas em Porto Alegre, pelo Grupo Hospitalar Conceição, da Saúde Comunitária do Murialdo e do médico de família de Niterói bem como de experiências de outros países como Canadá, Inglaterra e Cuba, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi proposto como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no país. Em janeiro de 1994, no Departamento de Operações, através da Portaria nº 692, o Ministério da Saúde lança oficialmente o Programa de Saúde da Família o qual se inter-relaciona diretamente com o PACS em sua concepção de intervenção na comunidade apontando, em 1996, para a fusão dos dois programas.

Segundo Viana (1998), o programa é definido como uma estratégia que privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. O objetivo do programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar. A equipe de saúde reorganiza a unidade para atender as novas demandas, constituindo-se na porta de entrada para os serviços e liga as demais unidades do sistema municipal de saúde e estas devem ser compostas minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde na proporção de um agente para 150 a 200 famílias e a equipe deve ser responsável no máximo por 1000 famílias ou 4500 pessoas (PORTARIA 1886/GM). Outros profissionais como assistentes sociais, dentistas, psicólogos entre outros podem ser incorporados à equipe enriquecendo o trabalho interdisciplinar e aumentando a resolutividade da equipe.

As necessidades especiais que o PSF incorpora como a mudança do objeto de atenção saindo do indivíduo para a família e comunidade, as ações de vigilância

a Saúde e a necessidade de equipes integradas com a atuação inter e multidisciplinar, com responsabilidade sobre a população de abrangência. faz necessário que os profissionais envolvidos sejam capacitados para esta nova necessidade profissional que se apresenta ou seja, profissionais engajados, dispostos a modificarem suas condutas, com conhecimento, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo. Para superar a dificuldade de carência de recursos humanos para atuação no PSF o Ministério da Saúde incentiva a estruturação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em PSF fazendo parcerias com Instituições de Ensino e serviços de saúde com financiamento do REFORSUS, sendo implantados em todos os estados.

O PSF nasce como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização. Visa a reorientação das práticas de atenção à saúde do modelo assistencial para um modelo voltado a atenção familiar, dentro da comunidade a qual está inserida. Prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma universal, integral, equânime e resolutiva. A Unidade Básica de saúde que sedia as equipes de PSF é a porta de entrada dos serviços de saúde e a equipe de saúde trabalha de forma integrada e interdisciplinar. O PSF vem também para fortalecer o Controle Social sobre as ações de saúde na medida em que tornava pré-requisito obrigatório a atuação do Conselho Municipal de Saúde na implantação do Programa de Saúde da Família.

O PSF também traz também as noções de população adscrita e território delimitado, o que possibilita o conhecimento do território de atuação e das condições para realizar diagnóstico de comunidade e planejamento local das ações de saúde bem como a avaliação de seu impacto. A implantação do PSF no Brasil desperta interesses por ser um instrumento relativamente novo para a inversão do modelo

assistencial dentro de uma idéia que já tem mais tempo, a idéia da Reforma Sanitária. A adscrição da clientela proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a população, o que possibilita o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários, e este vínculo tem se constituído no diferenciador em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde (SOUZA, 1999).

Nesse modelo, a família passa a ser objeto de atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive, constroem-se as relações intra e extra-familiares e desenvolve-se a luta pela melhoria das condições de vida. Somado a essa dimensão, é importante entender que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Na atualidade, identificam-se várias concepções sobre saúde e família e várias abordagens que diferenciam medicina da família, enfermagem da família, programa de saúde da família e estratégias para a saúde da família.

A enfermagem que atua junto a família tem sido abordada nas escolas de enfermagem desde o início de nossa profissão. A princípio, enfermeiras de saúde pública reconheceram a família como um importante fator no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, bem como na recuperação de doenças.

Com esta perspectiva que na contemporaneidade, os profissionais de saúde, que atuam na assistência primária em saúde, seguem com o desafio de implementar o Programa de Saúde da Família, através de novas ações estratégicas assistenciais

no cenário das Políticas Públicas. Nesse sentido, passaremos a examinar o contexto das atuais propostas para o desenvolvimento dos processos de trabalho, com enfoque na saúde da criança.

3.3.5 Programas de Saúde da criança no Brasil - Ações Estratégicas Assistenciais

Com o intuito de aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada às crianças brasileiras, destaca-se algumas ações que vêm sendo propostas pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios, contando com o apoio de outros setores governamentais e não-governamentais: Conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Demonstrativo dos Programas e Ações Estratégicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (2004), para a Saúde da Criança.

Programas de Saúde da Criança	Ações Estratégicas Assistenciais
Programa Nacional de Imunizações (PNI).	Aumentar a cobertura de vacinal, por meio da erradicação de doenças, através da realização de campanhas de nacionais de vacinação contra a poliomielite e sarampo e também regularizando os calendários vacinais através da aplicação de vacinas contra o: tétano, coqueluche, difteria, sarampo, caxumba, tuberculose, meningite e contra a hepatite B.
Rede Nacional de Bancos de Leite Humano	Esta rede tem a missão de promover a saúde de bebês, especialmente os que nascem prematuros e de baixo-peso. É responsável também, pela disseminação de informações educativas para milhares de gestantes. Cerca de 100 mil litros de leite humano são ofertados.
Iniciativa Hospitais Amigo da Criança	Visa a promoção, proteção e apoio a amamentação, por meio da melhoria de práticas e rotinas em maternidades. Nessas unidades os profissionais de saúde oferecem atendimento mais humanizado à mãe e ao recém-nascido. Para que um hospital receba o título de Amigo da Criança é preciso seguir algumas regras: ter norma escrita sobre aleitamento materno; treinar a equipe de saúde; informar as gestantes sobre as vantagens do leite materno; ajudar as mães a iniciar essa prática e não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno.
Projeto Carteiro Amigo	Através da realização de uma capacitação, com apoio do ministério, secretarias estaduais e municipais de saúde, de cerca de 17 mil carteiros que passam informações e entregam materiais educativos sobre amamentação para as famílias, beneficiando mais de 2 milhões de crianças menores de um ano de idade e gestantes. Em vez de entregar uma simples correspondência, eles dão uma verdadeira aula de cidadania, divulgando informações sobre a importância do leite materno como uma poderosa arma contra a desnutrição infantil e outras doenças infantis.
Assistência ao Recém-Nascido	Visa contribuir para a redução das taxas de mortalidade neonatal, principal causa de óbito no primeiro ano de vida. Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção perinatal, o Ministério da Saúde vem investindo na melhoria da qualidade e aumento da cobertura do pré-natal, humanização do parto e nascimento, redução das taxas de cesarianas e criação dos Centros de Parto Normal.
Programa Nacional de Triagem Neonatal	Visa a identificar, por meio do teste do pezinho, bebês portadores de doenças congênitas, para tratá-los precocemente e acompanhar o desenvolvimento da criança.
Método Mãe-	Visa a humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre a

Canguru	mãe e o filho, diminuindo o tempo de separação, estimulando a prática da amamentação, diminuindo a infecção hospitalar, e a permanência do bebê no hospital.
---------	--

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

3.3.6 Políticas de Saúde com enfoque à criança no século XXI

As Políticas Públicas Sociais na área da saúde voltadas para a criança sofreram determinações, de abrangências políticas, sociais e econômicas, desde uma ação higienista até as ações programáticas, em que a família foi convocada a ser co-participante na promoção da saúde da criança, e em que à assistência acrescentaram-se as unidades de saúde, a assistência domiciliar e na comunidade, nos locais de trabalho, de educação e de atividades sociais. Outro marco que pretende alcançar cobertura universal é a determinação de serviços básicos permanentes, ininterruptos, contínuos e sistemáticos nos serviços de saúde, o que, por falta de operacionalização, não ocorre até os dias atuais.

O Governo Brasileiro e outros 188 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) assumiram, no ano 2000, o compromisso de alcançar os Objetivos do Milênio até 2015 que pautaram, em maio de 2002, a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança. O Brasil participou da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança e, juntamente com os outros países, se comprometeu a melhorar as condições de vida das crianças e dos adolescentes no Brasil e em todo o mundo.

Os compromissos assumidos naquela reunião foram transformados em um conjunto de metas e objetivos sociais, nas áreas de educação, saúde, proteção e HIV/AIDS.

Por sua vez, todas essas metas passaram a fazer parte de um documento denominado **Um Mundo para as Crianças (MPC)**, que ao firmá-lo, o Estado Brasileiro se comprometeu nacional e internacionalmente em produzir uma série de transformações na vida de suas crianças e adolescentes.

Em resposta ao apelo da sociedade e com base nas metas previstas nesse documento, o Governo brasileiro apresentou, durante a V Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em dezembro de 2003, um Plano de Ação para o quadriênio 2004/2007, por meio do qual procurava evidenciar suas estratégias e políticas para conseguir alcançar os resultados pactuados internacionalmente, que veio a se chamar **Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente (PPAC)**.

Por seu lado, várias organizações da sociedade se articularam na forma da **Rede de Monitoramento Amiga da Criança** para monitorar o cumprimento, por parte do Governo, dessas metas. Entre outras atividades, a Rede vem trabalhando na construção de uma linha de base para os indicadores selecionados e na realização de projeções que permitam avaliar se o Brasil conseguirá alcançar as metas propostas até 2010 e, caso tais projeções não apontem para essa possibilidade, identificar as recomendações necessárias para tanto.

Compreender a resposta brasileira aos desafios propostos no **Um Mundo para as Crianças** exige contextualizar o processo de construção das políticas e as instituições voltadas para a infância e para a adolescência, tendo a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, como um dos seus principais marcos.

Ao reafirmar a **prioridade absoluta** dada pela Constituição Federal de 1988 (Art. 227) às crianças e aos adolescentes nas políticas de proteção e promoção e ao destacar a participação democrática e o controle social como elementos fundamentais dessas mesmas políticas, o Estatuto permitiu que se lançassem as bases para um novo modelo de política pública, ao mesmo tempo em que abriu novos espaços para a ação das organizações da sociedade civil.

Também em 1990, durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, promovido pelas Nações Unidas, 71 presidentes e chefes de Estado, além de representantes de 80 países assumiram o compromisso de dar prioridade ao bem estar de todas as crianças e de fazer um “veemente apelo universal: dar a cada criança um futuro melhor”. Naquela ocasião foi assinada a **Convenção Internacional dos Direitos das Crianças** e adotado um *Plano de Ação* no qual se traçavam metas para a infância e para a adolescência na década de 90.

Doze anos depois, na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, o Brasil junto com outros 180 países, mais uma vez se comprometeu a melhorar as condições de vida das crianças e dos adolescentes no mundo, assumindo um novo conjunto de metas para a infância e adolescência, só que desta feita, para até o ano de 2010, como meta intermédia, e para 2015 como meta final.

Durante o ano de 2002, como consequência das discussões da IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, sob a coordenação do CONANDA, as organizações participantes desse evento consolidaram as proposições coletadas a partir de conferências municipais, estaduais e regionais e formularam “uma agenda propositiva para o enfrentamento da violência, tendo como

entendimento que crianças e adolescentes são as primeiras e maiores vítimas”(PPAZ, pág. 9).

Denominada de **Pacto pela Paz (PPAZ)**, a agenda compreende um conjunto de nove eixos e dez compromissos, por meio dos quais se pretende orientar o desenvolvimento de políticas e planos de ação. O detalhamento desta proposta encontra-se junto ao Apêndice A.

Para a operacionalização dessas ações prioritárias na rede assistencial, com a identificação das ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para população infantil nos diversos níveis de organização do SUS. O Ministério da Saúde passa assim, a assumir um compromisso, um pacto pela qualificação da atenção à criança e redução da mortalidade infantil, com destaque para a mortalidade neonatal, se responsabilizando, inclusive pela prevenção das mortes precoces e evitáveis, em um movimento em defesa da vida.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A proposta deste estudo direciona-se para uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória descritiva, com embasamento no método criativo e sensível (Cabral, 1998, 1999).

Segundo as concepções de Polit *et ali* (2004), a pesquisa qualitativa tem cunho holístico e naturalista, baseando-se na premissa de que todos os conhecimentos sobre os indivíduos só serão possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

A pesquisa qualitativa aplicada à enfermagem conta com uma variedade de métodos e técnicas que possibilitam a descoberta dos principais nós críticos do cotidiano da prática de enfermagem. Sob estes aspectos, Lopes & Cols. (1998) destacam que o enfermeiro possui uma posição privilegiada diante da utilização da metodologia qualitativa, principalmente sob os aspectos da investigação da problemática do cotidiano profissional, conforme destacam as autoras:

O observador não é um indivíduo separado da vida e das atividades sob estudo, é também um participante daquele círculo de atividades, [...], tornando-se pessoas familiar e conhecida terá acesso a informações mais reais e verdadeiras do que aquelas obtidas pelos métodos tradicionais de coleta de dados. (...) é desenvolvido numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma completa e contextualizada. (LOPES & Cols., 1998, p.48).

Conforme Minayo (2000) a pesquisa qualitativa envolve o universo de significados, crenças, valores e atitudes, onde busca compreender, em um espaço mais profundo, as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Após definir o tipo de estudo, elaborar e qualificar o Projeto de Pesquisa, em maio de 2005, a Banca Examinadora o aprova e o encaminha ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, que o analisa e emite parecer favorável para iniciar a pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bento Gonçalves.

Iniciam-se, então, os contatos formais com o Secretário Municipal de Saúde, que recebe de braços abertos a minha solicitação e me encaminha para a Coordenação de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde que atuam na modalidade de Programa de Saúde da Família. Exponho para ambos os objetivos e a metodologia do estudo e a partir de então, percebo um grande interesse e disponibilidade em acolher a proposta apresentada.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado teve uma abordagem exploratória descritiva, com embasamento no método criativo e sensível, que é considerado uma estratégia para a coleta de dados, pois agrega as dinâmicas de criatividade e sensibilidade. Este método vem sendo utilizado como uma alternativa para o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem.

A opção pelo método sensível e criativo para a realização da coleta de dados deste estudo, referiu-se à possibilidade de se obter a combinação entre ciência, arte, criatividade e sensibilidade à realidade e à expressão criativa. Por essas características, este método de coleta de dados permitiu um maior envolvimento com aquilo que o sujeito pensa e fala, através do reflexo de ações internalizadas durante o processo de desenvolvimento humano.

O método sensível e criativo utiliza técnicas consolidadas para a coleta de dados, tais como: entrevista coletiva; a discussão de grupo e; a observação participante. Apropriando-se, assim, dos instrumentos utilizados na pesquisa qualitativa, acrescentando a estes, dinâmicas de criatividade que buscam a produção de dados para a pesquisa.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo de abrangência deste estudo foi a Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves. O cenário do estudo foi a totalidade das Unidades Básicas de Saúde que integram o Programa de Saúde da Família – PSF, deste mesmo município.

O município de Bento Gonçalves está localizado na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, precisamente na serra gaúcha. Sua população estimada para o ano de 2005 é de 104.558 pessoas. Esta população é essencialmente urbana, sendo que somente 5,8 % se encontra na zona rural. Sua

economia está voltada para a viticultura e indústria moveleira. O município é um importante centro de prestação de serviços de saúde.

A rede de serviços de saúde existente, em sua estrutura organizacional em nível de atendimento primário é formada por 11 Unidades de Saúde na zona urbana e 7 na zona rural, sendo que destas, 8 são unidades de Programa de Saúde da Família. Em nível secundário possui o Centro de Referência Materno Infantil, o Pronto Atendimento 24Horas, a Unidade de Saúde Mental (CAPS) e a Unidade Central. E por fim, no nível terciário, conta com um hospital filantrópico que mantém conveniado 177 leitos para o Sistema Único de Saúde.

A entrada em campo ocorreu após a qualificação do projeto de pesquisa e da autorização Comitê de Ética em Pesquisa e também da Instituição.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a realização do estudo foram selecionadas oito participantes, sendo elas enfermeiras da rede básica de saúde municipal, vinculadas com os Programas de Saúde da Família, sendo este o critério de escolha utilizado para a seleção destas profissionais.

As participantes selecionadas compuseram a totalidade de enfermeiras que atuam junto às equipes do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves. Conforme Polit *et ali* (2004), o tamanho da amostra deve ser definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada.

Todas as oito enfermeiras concordaram em participar do estudo e assinaram um termo de consentimento informado, autorizando, assim, a utilização das informações coletadas neste estudo.

As enfermeiras foram denominadas com nomes de pássaros para preservar suas identidades. Os nomes utilizados na análise das informações foram: Águia, Andorinha, Garça, Bem-Te-Vi, Caturrita, Colibri, Gaivota e Rolinha.

As enfermeiras, participantes deste estudo, estão formadas há alguns anos e o tempo que atuam junto ao Programa de Saúde da Família varia, conforme demonstra o Quadro 2.

Quadro 2 – Tempo de formação e de atuação em Programa de Saúde da Família.

Enfermeira	Tempo de formação	Tempo de atuação em PSF
E1: Andorinha	6 anos	10 meses
E2: Gaivota	5 anos	2 anos e 9 meses
E3: Águia	7 anos	5 anos
E4: Colibri	3 anos	1 ano e 10 meses
E5: Garça	7 anos	5 meses
E6: Rolinha	9 anos	5 anos e 6 meses
E7: Bem-Te-Vi	5 anos	4 anos
E8: Caturrita	5 anos	3 anos

4.4 SISTEMATIZAÇÃO DA COLETA DE INFORMAÇÕES

As informações foram obtidas mediante o desenvolvimento de duas modalidades de oficinas de criatividade e sensibilidade, intituladas: Árvore do Conhecimento e Modelagem acompanhadas da discussão grupal que emergiram

como resultado das oficinas realizadas, acerca das produções artísticas produzidas pelas participantes.

Os procedimentos adotados foram: a) planejamento e realização das oficinas de criatividade e sensibilidade que motivarão as discussões de grupo; b) gravação das discussões grupais, em fita cassete resultantes das dinâmicas de criatividade e sensibilidade acerca das produções artísticas produzidas pelos participantes; c) anotação de campo; d) fotografia das produções artísticas.

É importante ressaltar que o material gravado foi transcrito logo após o evento da coleta, através da constituição de dois relatórios, sendo o primeiro direcionado às dinâmicas de grupo e o segundo para as anotações de campo.

Para a realização deste estudo, principalmente no momento em que foi explicitada a problemática envolvida para os participantes, houve a revelação da pesquisadora, bem como os dos objetivos e propósitos da pesquisa em questão. Desta forma, a atuação da pesquisadora esteve pautada na observação participante, já que os pressupostos desta investigação foram pautados na participação e do compromisso que ela decorre.

A inserção da pesquisadora, na realidade ocorreu de forma natural, pois sua atuação profissional acontece junto à Coordenação de Imunizações da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, desde julho de 2004, o que a torna inclusive parte do contexto pesquisado. Sob este aspecto, é importante ressaltar que os participantes tiveram muita familiaridade com a pesquisadora, considerando que a vivência de ambos dos mesmos processos coletivamente. Este fator tornou-se um ponto favorável à coleta de dados, já que o relacionamento entre a pesquisadora e os participantes traduz-se pelo respeito e admiração mútuos.

4.4.1 Oficinas de Criatividade e Sensibilidade

Dentro deste contexto, para o desenvolvimento das oficinas de criatividade e sensibilidade, propostas por este estudo, foram adotadas duas dinâmicas grupais, intituladas: **Árvore do Conhecimento** e **Modelagem**, que conjugadas apresentaram como resultado subsídios para a realização de reflexões e discussões coletivas no espaço de abrangência destas oficinas.

Os encontros com as participantes para a realização de tais oficinas ocorreram no Anfiteatro da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, após estabelecermos um contato prévio para a marcação de data, hora e local, em comum, para que todas as participantes pudessem estar presentes. É importante ressaltar que tivemos um grande apoio da Coordenação de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde que atuam na modalidade de Programa de Saúde da Família, representada pela liberação das participantes, em horário de trabalho, deslocando pessoal auxiliar para suprir a ausência do profissional no seu local de trabalho.

Houve dois encontros com as participantes, com duração de três horas, aproximadamente, cada um e com intervalo de sete dias entre um encontro e outro, entre a última semana do mês de julho e a primeira semana do mês de agosto do ano de 2005.

4.4.1.1 Dinâmica Árvore do Conhecimento

O primeiro momento consistiu na organização e disposição do material no ambiente. Foi desenhada uma árvore vazada em uma folha de cartolina. Escrevi na parte interna da árvore, os seguintes dizeres: “criança=árvore”, “esperta”, “andar”, “falar”, “educada”, “independente”, “socializada”.

Deixei a disposição do grupo tiras de papel, caneta hidrocor de várias cores para que pudessem registrar as possíveis palavras-chaves relativas ao questionamento direcionador da discussão de grupo que ocorreu posteriormente.

A seguir passamos as apresentações, cada participante contou um pouco da sua trajetória profissional. Então passei a explicar sobre como a dinâmica iria se desenvolver. As respostas que as participantes dariam as questões-chave, foram escritas nas tiras de papéis que foram distribuídas, e posteriormente coladas em quaisquer partes da árvore, a partir de uma analogia com as necessidades de uma árvore para tornar-se frondosa e com frutos e de uma criança para crescer e desenvolver-se. As questões-chave utilizadas foram: “O que uma criança precisa para crescer, desenvolver-se, alcançar a independência, ser aceita entre seus pares?”

Iniciei minha fala direcionando para os elementos que compõem uma árvore e também para aqueles elementos que são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento de uma criança, através da seguinte explanação: “Como uma semente vira broto, como esse broto transforma-se em caule, como se forma a copa, por que nascem as folhas e os frutos. Pensem em todos esses espaços, representados pela árvore desenhada, fazendo uma associação com os aspectos evolutivos desta árvore com o crescimento e o desenvolvimento infantil, a cerca das

necessidades que uma criança tem neste ritmo evolutivo. Desde que uma criança nasce até o momento em que ela começa a dar frutos“. As participantes ouviam atentas e pareciam estar associando o crescimento e o desenvolvimento de uma criança com o de uma árvore. Aos poucos elas foram escrevendo nas tiras de papel e colando as mesmas nos diversos espaços da árvore. E assim, elas foram preenchendo os espaços “vazios” da árvore e o saber que elas detinham estava ali contido, seguindo uma lógica interna e coerente, onde pode-se perceber uma organização espacial e mental.

A construção da árvore do conhecimento ocorreu primeiramente de forma individual e num segundo momento de forma coletiva, quando as participantes puderam decodificar o fenômeno do desenvolvimento de uma criança. Através das suas experiências e vivências que realizaram originadas do senso comum e outras oriundas da sua formação acadêmica. Cada participante leu as repostas dadas teceu comentários sobre elas. e em seguida localizou-as em uma das partes da árvore. O arcabouço de repostas deu origem ao debate coletivo que constituiu o quarto momento da aplicação da dinâmica.

Como pesquisadora, procurei sempre dar um sentido ao que estava se buscando conhecer com as questões-chaves que foram lançadas, no sentido de tentar aproximar os conteúdos construídos no espaço coletivo.

Segundo Cabral (1998), este momento denomina-se apropriação interativa do conhecimento, pois as diversas experiências individuais, quando coletivizadas no espaço da dialogicidade, produziu um conhecimento comum ao grupo de participantes.

A árvore se constituiu em uma figuração em que as participantes se transportaram do mundo concreto para o abstrato e novamente, do abstrato para o

concreto, iniciando assim, o processo cognitivo desvinculado de depoimentos formais e eruditos, trazendo à tona a expressão internalizada, o pensamento latente que se tornou manifesto.

4.4.1.2 Dinâmica Modelagem

A modelagem foi uma dinâmica de criatividade e sensibilidade utilizada com o intuito de motivar o grupo de participantes a iniciarem o processo de discussão coletiva. Sendo desenvolvida em cinco momentos.

O primeiro momento consistiu na organização e disposição do material no ambiente. Deixei a disposição do grupo massa de modelar de diversas cores, folhas de papel (tamanho A4) e canetas. O grupo de participantes chegou, se dispôs da maneira que melhor lhes convinha e em seguida passamos as apresentações, que corresponderam ao segundo momento da dinâmica, quando eu solicitei que cada uma das participantes contasse algo da sua vida que nenhuma de nós, que estávamos ali presentes, soubéssemos. Ressaltei que esta prática nos tornaria ainda mais próximas e que teríamos que exercitar nossa capacidade confiar e de ouvirmos confissões, lembrando os aspectos éticos que circundam a presente investigação. Todas as participantes trouxeram revelações exclusivas, o que pude traduzir pelo vínculo já formado, desde a primeira oficina realizada.

No terceiro momento, expliquei em que termos a dinâmica seria conduzida. A reflexão que permeou a dinâmica foi: “Atuação para a implementação de ações estratégicas na promoção da saúde infantil”. Cada participante do grupo, com base na reflexão sobre a sua prática profissional, modelou uma cena que expressasse juízo de valor, seu modo de ver as coisas, sua apresentação do fenômeno que estava em destaque naquele momento.

No quarto momento relativo ao trabalho individual, as participantes passaram a trabalhar com as mãos e em silêncio construíram a cena representativa da reflexão a cerca da realidade com a qual estavam se confrontando e a seguir passaram a

realizar as produções artísticas (respostas) que foram o ponto de partida na análise coletiva dos dados. Ou seja, ser enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde, que atua na modalidade de Programa de Saúde da Família e valorizar aquilo que se faz e o que se pensa em fazer. Partindo do pressuposto que foi colocado na primeira oficina, em termos de crescimento e desenvolvimento infantil, da relação estabelecida com uma árvore (semente, raiz, tronco, copa e frutos), passemos então a observar o nosso cotidiano profissional, enquanto mulheres, mães, enfermeiras, cuidadoras, que realizam ações em prol do crescimento e do desenvolvimento infantil. As participantes não apresentaram resistências para a realização das produções com massa de modelar e ao desenvolvimento da técnica pude perceber que elas estavam bem compenetradas e instrospectivas.

O quinto momento traduziu-se pela análise coletiva dos dados, que ocorreu em seguida à descrição das cenas construídas, quando cada participante relatou a sua cena, refletindo sobre as suas práticas no cuidado à saúde da criança.

4.4.2 Avaliação das Oficinas de Criatividade e Sensibilidade

Ao final de cada encontro fazíamos uma avaliação acerca dos sentimentos e sensações promovidos naquela oficina. Surgiam então relatos e referências quanto a importância deste exercício enquanto um espaço de autoconhecimento, autoafirmação, revisão de conceitos e reflexão crítica a respeito das atividades cotidianas. Esse aspecto é considerado como uma das vantagens da utilização das

oficinas de criatividade e sensibilidade, direcionadas para um enfoque específico, no caso específico deste estudo, práticas de cuidado à saúde da criança. A realização de tais oficinas conduz ao pensamento crítico e ao processo de desalienação.

Esses encontros foram uma possibilidade de "amarrar" as discussões que fluíram durante a realização das duas oficinas, permitindo consolidar idéias, esclarecer opiniões e retomar pontos de vista. O grupo sentiu que a interação entre elas se solidificou e que conceitos foram sendo construídos naturalmente, a partir de suas vivências, agora socializadas.

O grupo de enfermeiras participantes deste estudo, salientaram que esse tipo de atividade onde são compartilhadas informações, idéias, pontos de vista, opiniões, expressões de suas próprias vivências, havendo trocas e gerando a construção de um conhecimento não findasse com o término deste exercício de pesquisa, mas que se entendesse para outra atividade, como por exemplo já sugerido por elas como um grupo de estudo e pesquisa sobre temas de saúde da criança.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

É importante ressaltar que, para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da resolução 251/97.

O presente estudo preserva o anonimato dos participantes, os quais foram esclarecidos sobre quaisquer dúvidas e lhes é assegurada a liberdade de recusa em dar informações ou a possibilidade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo profissional ou pessoal. Também são informados sobre a finalidade do trabalho, os objetivos e a metodologia proposta, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), onde lhes é solicitada a assinatura, em duas vias, permanecendo uma com o participante respondente e outra com a pesquisadora.

Conforme Santin (1995), a ética tem se constituído num dos principais pontos de discussão na modernidade, no sentido de se resgatar os valores e o respeito ao ser humano. Nela reside, o fundamento do alcance de uma imagem autêntica do homem, de dignificar a si e ao outro, o que o leva realizar-se livremente ao longo de sua existência. Trata, então, das relações do homem para consigo e das relações entre os homens que co-existem em um espaço comum. Assim a ética expressa um modo de ser do homem no mundo.

A coleta de informações iniciou somente após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

As entrevistas coletivas decorrentes das oficinas de criatividade e sensibilidade foram gravadas, mediante autorização dos depoentes e as fitas destruídas após serem transcritas as falas, que só serão utilizadas no presente estudo e nas possíveis publicações do mesmo.

4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O tratamento dos dados realizou-se com base na Análise de Conteúdo descrita por Bardin (1977), que se caracteriza por

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Com essa definição, Triviños (2001,p.129) também acrescenta dizendo que “a análise de conteúdo encontra-se no marco da Teoria da Comunicação, onde o discurso é visto como uma mensagem que parte do emissor e chega ao receptor”. Bardin (1977) descreve que a análise das informações coletadas procura atingir três objetivos distintos: buscar a essência, a partir do material coletado, informar, confirmar e/ou levantar hipóteses e ampliar a compreensão dos contextos culturais.

Dentro da análise de conteúdo, a análise temática possui como característica a noção de tema. Esse tema é a unidade de significação que surge em um texto analisado.

Realizar a análise consiste em descobrir os núcleos de sentido. Geralmente o tema é utilizado para estudar motivações de opiniões, de crenças, de atitudes (Bardin, 1977).

A análise de conteúdos da pesquisa desdobra-se em três etapas:

Em primeiro lugar, ocorreu a pré-análise que consiste na organização e escolha do material a ser utilizado, e a retomada dos objetivos.

Nessa etapa, fez-se a leitura flutuante, que consiste em um “contato exaustivo” com o material e a constituição do corpus, que é a forma de organizar esse material para posterior análise.

Desde a pré-análise devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorias para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados (Bardin, 1977, p. 100).

A seguir partiu-se para a Exploração do Material que é basicamente a operação de codificar os dados, ou seja, transformar as informações brutas, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Finalmente, após a fase de exploração do material, realizou-se a interpretação dos resultados.

5 DESVELANDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA CRIANÇA

O conteúdo que se obtém das oficinas apresentadas no capítulo anterior é denso e contém uma grande riqueza de detalhes, de onde emergem três temas principais após a análise das falas que compuseram as entrevistas coletivas, que descrevem a visão das enfermeiras em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil vinculado à sua atuação profissional junto à criança e a família, associadas às práticas de cuidado que possibilitam o seu seguimento junto aos serviços de saúde.

O primeiro tema é denominado Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Desse tema emergem dois sub-temas: a criança no seu processo evolutivo: papel da interação afetiva e; desenvolvimento dinâmico da criança: passos importantes para a socialização.

O segundo tema é denominado Contexto da Família no Processo de Cuidar a Criança e o Papel do Profissional Enfermeiro. Desse tema emergem dois sub-temas: conhecendo e criando vínculos com a família e; a intervenção do enfermeiro como ferramenta potencializadora do vínculo com a família.

O terceiro tema é denominado Do ideário das práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança à construção de estratégias e processos de mudança. Desse tema emergem dois sub-temas: interface entre a gestação e o acompanhamento da saúde da criança: construção de cenários favoráveis, e; tensões do agir em enfermagem e suas presenças no dia-a-dia na construção de práticas vinculadas a saúde da criança.

Estes temas e sub-temas estão representados junto a Figura 1 – Esquema Representativo das Práticas de Cuidado de Enfermeiras na Saúde da Criança.

5.1 CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A infância é uma etapa significativa do processo evolutivo do ser humano, pois compreende um período de crescimento, de desenvolvimento e de amadurecimento, rico em aquisições afetivas, cognitivas e psico-culturais, que iniciam com o nascimento e perduram até a adolescência. É nesse período que a criança é lançada no mundo para o descobrimento das inúmeras possibilidades de construção de suas habilidades para o aprendizado e interação com o outro. Dentre essas características, torna-se vulnerável aos agravos físicos e emocionais, necessitando de amor e de cuidado para apropriar-se de tais conhecimentos e desenvolver-se de maneira proveitosa.

Dentro deste contexto, podemos caracterizar o crescimento e o desenvolvimento como o resultado final da interação de um conjunto de fatores orgânicos (intrínsecos) e ambientais (extrínsecos), nos quais

os fatores orgânicos, que são fundamentais, estão a herança genética e o sistema neuroendócrino. Já como fatores ambientais essenciais estão a ingestão de uma dieta equilibrada, a interação mãe-filho e as condições geofísicas e sócio-econômicas (MARCONDES, 1992 p. 85)

De modo geral, a preocupação com o crescimento e desenvolvimento infantil, tem sido objeto de estudos de vários autores (MARCONDES, 1992; SIGAUD, 1996; BEE, 1997; MIRANDA, 2001; ROSSETTI-FERREIRA, 2004), sendo a produção dos mesmos, uma importante ferramenta para a realização de ações no cuidado integral à saúde da criança.

As enfermeiras quando instigadas a refletirem sobre o crescimento e desenvolvimento de uma árvore equiparado ao de uma criança, elencam a nutrição associada principalmente a afetividade, ao vínculo e a estimulação como um dos

fatores primordiais a fase que corresponderia a evolução de uma semente na árvore, posteriormente ao de uma raiz, seguindo como caule, e finalmente como copa e fruto. Seus relatos relacionados a sua vivência, revelam os referenciais teóricos que norteiam o cuidado proporcionado à criança e à sua família.

5.1.1 A criança no seu processo evolutivo: o papel da interação afetiva

Por intermédio da interação afetiva entre a criança com as figuras da mãe, do pai ou substitutos, tem início à construção de um sistema de vínculos afetivos, que atua principalmente na formação da estrutura psíquica da criança. Nesse sentido o papel da interação pode ser positivo ou negativo. A participante Rolinha sugere o momento da amamentação como uma possibilidade na formação do vínculo entre a criança e a mãe:

É o vínculo afetivo da criança com a mãe, durante a amamentação, a alimentação [...] se não houver este vínculo à mãe não vai conseguir se ligar a ela (Rolinha).

Bowlby (1989) descreveu o comportamento de ligação como uma tendência primária que acompanham o ser humano desde o nascimento até a morte. Este autor destaca que os bebês respondem facilmente aos estímulos sociais e aos comportamentos de ligação. Klaus e Kennel (2000) enfatizaram muito os laços que unem o bebê e sua mãe desde as primeiras horas de vida.

As enfermeiras refletem sobre a importância da alimentação da criança dentro da esfera do cuidado materno, através do qual ampliam o seu olhar, resgatando,

inclusive os aspectos interacionais. Como está explicitado nas falas das participantes Gaivota e Caturrita:

Eu acho a alimentação bem importante, ela está para o crescimento, e mesmo que a criança não tenha uma alimentação saudável ela vai crescer de qualquer forma [...] para o desenvolvimento tu precisa de todas as questões, de quanto tu gosta desta criança, porque tu pode estar alimentado ela mau, dar o pior leite, mas dadinho bem direitinho, tu vai estar passando afeto para aquela criança” (Gaivota).

“A alimentação é importante, porque mesmo a criança que não tem amor, que não é desejada, alimentada, ela vai crescer, com o tempo [...] é uma fonte de tudo para a criança, porque tu alimentando um bebezinho, essa criança vai crescer de alguma maneira, porque é primordial” (Caturrita).

Winnicott (1999) relata que, no caso da maior parte dos bebês, o fato de serem desejados e amados pelas mães, pais e demais membros da família fornece-lhes o contexto no qual cada criança tem a oportunidade de se tornar um indivíduo, não apenas realizando seu destino seguindo a trajetória do legado hereditário, na medida em que a realidade exterior o permita, mas também, feliz por ser capaz de identificar-se com as outras pessoas, animais e coisas do meio ambiente, bem como com a sociedade e sua perpétua auto-organização.

As enfermeiras destacam o afeto como elemento importante no processo de nutrição do bebê como revelam as falas das participantes Águia e Colibri:

“ [...] eu também acho que a alimentação além do desejo transmite também aquela coisa da proximidade o quanto você está próximo dessa pessoa porque ela está em contato com a tua pele é uma coisa de pele, é o toque é o carinho é o compartilhar as tuas emoções naquele momento com ela, não é só o leite que está passando.” (Águia)

[...] para construir o emocional da criança, precisamos desses fertilizantes (amor, carinho, afeto, segurança, cuidados básicos) e precisa da nutrição também, que vai na alimentação, afeto, precisa regar aquilo com cuidados básicos, alimentar os outros cuidados. (Colibri).

As repercussões das condições de saúde e nutrição de uma criança no seu desenvolvimento psicossocial são conhecidas, porém há também repercussões no sentido inverso, ou seja, do aspecto psicossocial nas condições de saúde e nutrição de uma criança. Suárez Ojeda (1997) entende que

... a relação entre nutrição e saúde com o psicossocial se considerava num sentido único [...]. Reconheciam-se as repercussões dos problemas de saúde física e da nutrição no desenvolvimento social e emocional, mas a inversa era muito pouco hierarquizada. Estima-se, com razão, que as intervenções nutricionais incidiam no desenvolvimento social das crianças, mas era dado pouco crédito ao efeito que as intervenções no desenvolvimento psicossocial poderiam produzir no estado nutricional ou no crescimento (SUÁREZ OJEDA, 1997, P.58)

Para Winnicott (1999) a alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho, ou seja, o ato de por em prática a relação de amor entre dois seres humanos. O vínculo afetivo entre a mãe e o bebê está intimamente relacionado com a situação emocional presente entre eles. Pois é a partir do desenvolvimento satisfatório desse vínculo que irá decorrer a alimentação materna.

Na visão das enfermeiras a constituição da criança necessita de amor, segurança, afeto, estímulos e comprometimento para construir-se como ser único no mundo. Spitz (1998) corrobora com estes ideais relatados, dizendo que:

O desenvolvimento e crescimento da criança ocorrem desde o seu nascimento, e são influenciados por fatores ambientais, sociais, culturais, econômicos e de saúde. A criança cresce e se inter-relaciona consigo, com o outro e com o mundo, e é através desta dinâmica que se processa sua construção. Em cada fase evolutiva apresenta características peculiares e atinge a maturidade a seu tempo. (SPITZ, 1998, p. 45)

As representações acerca do que é crescer e desenvolver seriam mediadas por processos típicos de socialização expressos em situações concretas, como por exemplo, a amamentação, o brincar, a estimulação para a autonomia e o apoio afetivo. São estes os aspectos que revelam os discursos das participantes Bem-Te-Vi e Rolinha:

O estímulo é essencial para o desenvolvimento. (Bem-Te-Vi)

[...] a criança vai ter que passar por todo um ciclo de desenvolvimento [...] o fato de tu estimular é fazer ela passar por todas essas etapas, que de qualquer forma ela vai passar, mesmo sem estímulo, só que vai levar o dobro de tempo (Rolinha).

As enfermeiras relatam que a aquisição de uma experiência anterior da mãe com outros filhos, favorece a ampliação de estímulos à criança, conforme indicam as falas das participantes Caturrita e Gaivota:

[...] e a criança tem diferentes maneiras de passar por estas etapas, por exemplo, o primeiro filho é diferente do segundo e é diferente do terceiro, por que o segundo tem o primeiro como uma escola, o terceiro tem o segundo e o primeiro. E as vezes até o terceiro estimula melhor ainda. (Caturrita)

[...] quantos mais filhos mais estímulos, os pais não precisam estimular tanto, porque os próprios irmãos já estimulam. (Gaivota)

A situação de crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. A partir dos relatos das enfermeiras, ilustrados pelas suas vivências, que existe por parte delas uma compreensão das funções para as diversas crianças em diferentes idades estágios do desenvolvimento, bem como a sua preocupação com a participação da família nestes momentos, através das oportunidades que podem oferecer para a criança, conforme a sua realidade.

5.1.2 Desenvolvimento Dinâmico da Criança: Passos Importantes para a Socialização

Pode-se dizer que a família é o principal agente que promove a socialização da criança. Conforme Biasoli-Alves (1999), fazem parte da habilidade e competência

da família o produzir, organizar, dar forma e significado às relações entre seus membros. Essas funções sofrem sempre a influência de macros variáveis do social. As relações produzidas dentro da família irão gerar vínculos de apego, cuidado e lealdade intergeracional, sendo a família considerada como um sistema de cuidados.

Dentro deste paradigma, a direção do desenvolvimento dinâmico da criança para a sua socialização, representa para as enfermeiras a relação da criança com experiências coletivas, que as gerações precedentes acumularam e conservaram, onde, através das quais ocorrem por uma transmissão regular dos conhecimentos adquiridos, como constam nos depoimentos das participantes Garça e Andorinha:

É onde inicia o relacionamento da criança com o mundo, é quando ela começa a interagir com o meio, que acaba influenciando no produto final. (Garça)

[...] quando a criança fica caule ela vai crescendo, vai descobrindo o mundo [...] começa a ir ao colégio, fazer amizade com os coleguinhas, [...] ela passa a conviver em sociedade [...] e é a partir deste momento que a família deixa de ser o centro das atenções, porque até então o mundo da criança era a família [...] a família não deixa de ser uma sociedade, mas sociedade a que eu me refiro é maior pois abrange mais conhecimentos e as relações sociais. (Andorinha)

É importante ressaltar que a família não se constitui somente numa instituição ou no “aparelho socializador” da criança, mas representa, essencialmente, as condições objetivas de existência a partir das quais as possibilidades concretas de crescimento e desenvolvimento da criança serão definidas.

Cada indivíduo entende ou apreende o mundo de uma forma particular e pessoal. Esta forma de aprender é determinada, fundamentalmente, por suas experiências anteriores, as quais dependem de uma variedade de fatores, como o código genético, o ambiente familiar, o ambiente social, os interesses, atitudes,

habilidades, etc. Como o aprender implica em atribuir significado, toda aprendizagem real e duradoura requer uma visão pessoal do indivíduo que está aprendendo. Dentro do contexto da aprendizagem, a fala da enfermeira declara:

[...] eu vejo o caule como bagagem, aquilo que você traz desde a sua raiz, como crescimento, o que você aprendeu, não só na escola, mas dentro da tua casa ... é aquela bagagem que vai te fortalecer, que vai te dar bagagem pro mundo, pra você poder crescer. É aquilo que você traz contigo, desde semente, desde raiz para o crescimento. (Águia)

Bowlby (1989) indica que, à medida que a personalidade se desenvolve, ficamos cada vez menos à mercê do meio e das formas pelas quais ele nos pode afetar, tornando a criança cada vez mais apta a escolher e criar o seu ambiente e de planejar, às vezes com grande antecedência, para conseguir o que se quer. As enfermeiras declaram que é importante atentar para as formas com que a criança vai demonstrando as características de sua personalidade. As participantes Caturrita e Gaivota identificam tais comportamentos nas crianças, conforme demonstra suas falas:

[...] no caule eu vejo bem a questão do modelo. As crianças sempre querem ficar parecidas com alguém. O cabelo tem que ser igual ao do pai, a roupa tem que ser igual a da mãe, a da amiga, é o modelo. (Caturrita)

Essa questão na criança, [...] no momento que a gente fala em manipulação para ela alcançar o que quer [...] de uma certa forma, ela já tem bem isso bem resolvido [...] isso já é fruto, já está vindo junto com tudo, naquela balança, naquela retroalimentação, e isso esta de uma certa forma indo de encontro com o que vai se tornar aquele adulto. (Gaivota)

Segundo Motta (1998) as primeiras relações de apego da criança são as responsáveis pela transmissão de comunicação, de afeto e disciplina.

Para Biasoli-Alves (1999) a falta de limites gera na criança uma imagem de abandono e solidão que traz como conseqüência uma exigência interna paralisante

e atormentadora. As enfermeiras demonstram ter compreensão desta realidade e entendem que a imposição de limites, como uma conduta positiva na formação da criança. As participantes Rolinha, Gaivota e Bem-Te-Vi expõem suas percepções, através das seguintes informações:

[...] a criança vai descobrir a vida, os limites, começar a conviver mais com a realidade e vão vir as frustrações, as barreiras que nos limitam [...] isso são frutos. (Rolinha)

[...] aqui é importante ressaltar a questão dos limites [...] trabalhar com os limites desde o bebê [...] é o momento onde começam as frustrações [...] a criança começa a se dar conta que o mundo está além da sua casa, começa a conhecer outros exemplos, através da escola, dos colegas. (Gaivota)

[...] com relação aos grupos [...] se a criança não tem uma base, uma preparação, um limite formado, se ela não se conhecer e estiver bem pé no chão no seu mundo, ela vai só se deixar influenciar pelos grupos, que podem ser do bem ou do mal. (Bem-Te-Vi)

As enfermeiras acreditam que, para a criança, entrar na escola, é entrar num mundo novo, onde “adquirirá” conhecimentos mais complexos, necessários para sua integração á sociedade a qual pertence.

No entanto, esse momento de entrada na escola não é o primeiro marco em seu processo de socialização e de humanização. A atividade social faz parte da evolução da criança, período em que ela introjeta o mundo ao seu redor e se projeta nele, por intermédio de sua capacidade de realização pessoal. A criança evolui de um estado simbiótico e dependente para uma relativa independência dentro de um quadro social que se amplia. (GROISMAN, 1994)

As crianças têm uma necessidade de afeição por parte dos familiares, e isto implica também na aceitação por aquilo que ela é, sua significação pessoal individual precisa ser reconhecida. Elas necessitam de um espaço para a auto-expressão física, mental e emocional, que tem de ser governada por restrição

razoável e consistente, flexível o bastante para oferecer disciplina aceitável dentro de limites bem compreendidos (BEE, 1997). A participante Garça relata sua experiência de vida, apresentando suas concepções sobre este processo, conforme a fala:

[...] eu tenho dois filhos e cada um é diferente, principalmente na questão dos limites, a gente dá o mesmo limite para os dois, mas geralmente com o primeiro a gente tem mais medo, segura mais, já o segundo a gente larga um pouco mais e ele já sabe dos limites, é meio que automático. O principal é sustentar as próprias falas. O pai e a mãe tem estar de acordo e falar a mesma língua. (Garça)

Mescon e Hoing (1995) sugerem que, quando a criança demonstra dificuldades em obedecer aos pais, passa a adquirir a função simbólica, representação mental e linguagem, ela se torna capaz de expressar seu entendimento acerca dos acontecimentos do mundo ao seu redor.

No entanto, as dificuldades e as regressões, neste cenário, que favorecem a aprendizagem da criança podem não ocorrer se não houver uma base afetiva segura da criança com seus pais. Para Motta (1998), a criança necessita de amor, proteção e conforto, ou seja, precisa de pais e de adultos para concretizar-se como ser-no-mundo de maneira plena e feliz. As enfermeiras percebem estas necessidades das crianças durante o seu desenvolvimento dentro do ciclo evolutivo. Andorinha e Águia elucidam estes aspectos, dizendo:

[...] me reporto para a caule, na necessidade que ele tem de proteção, que a árvore tem, que a criança tem, se vier um vento e tu tiver brotando pode quebrar. Então assim como o caule, a criança dentro de casa, é muito perigoso, começa a engatinhar, começa a andar. A necessidade de proteção neste momento é muito maior. (Andorinha)

É como o caule em direção ao tronco, a um mesmo sentido. É como o crescimento, e tu vai crescendo sempre, recebendo todos os estímulos que você necessita amor, carinho, os fatores externos. Porque a gente tem que considerar os fatores externos [...] no meio em que ela vive. Eu acho que é essa coisa do crescer mesmo. (Águia)

À medida que a criança cresce, a disciplina costuma ser uma das necessidades com os quais os pais têm dificuldade de lidar. A enfermeira que conhece as características do desenvolvimento infantil pode ajudar a família a compreendê-las e a encontrar meios de atender às suas necessidades. Por tanto, é importante ressaltar que a disciplina tem como objetivo ajudar a criança a socializar-se, a aprender sobre os efeitos de suas ações sobre as outras pessoas e sentir-se segura, não devendo visar “molda-la”, torna-la “boazinha”, nem mostrar que “quem manda é o adulto”, pois isso elimina o direito que já foi conferido a ela por lei, qual seja o de ser cidadã. A criança que se sente segura no amor do adulto e tem oportunidades efetivas de realizar-se como criança aceita melhor e se beneficia dos limites e das regras.

5.2 CONTEXTO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR A CRIANÇA E O PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Define-se por família, uma instituição primária, passível de vários tipos de arranjos, mas basicamente que tem a função de socializadora junto às crianças (SCHENKER e MYNAIO, 2003). Dentro de um processo complexo entrelaçado por fatores que resultam nas vivências de aprendizagem, na introjeção de modelos e valores influenciados pelas normas do contexto familiar.

Conforme Motta e Luz (2003) a família é um espaço de inclusão e de acolhimento para a criança, que cria possibilidades para que em cada etapa evolutiva possa crescer e desenvolver suas potencialidades, tratando-se do seu

referencial de mundo como intermediador de suas experiências, sendo elas exitosas ou não.

Elsen (2002, p.12) refere-se a família como “um sistema de saúde para seus membros, [...] fazem parte [...] um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações na família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença”.

Nesse sentido, um aspecto importante a ser considerado na perspectiva de família é o conceito de cuidado. Para Santin (1995) o cuidado refere-se ao sentido de preocupar-se e ocupar-se, fazendo parte da natureza do ser humano. Conforme Waldow (1999) o cuidado trata-se de um processo de ajuda ao outro, de crescimento e de realizações pessoais. Entendemos que a família é parte do mundo do cuidado e investida de atributos ao desempenhar o papel de cuidadora de seus membros, que por vezes também necessita de cuidados para instrumentalizar-se.

Dentro deste contexto, Elsen (2002) descreve o cuidado familiar como ações e interpretações resultantes de vivências que ocorrem no mundo da família. Esse tipo de cuidado envolve o crescimento, desenvolvimento, saúde, auto-realização, inserção e contribuição social.

Formar vínculos é inerente ao ser humano e é principalmente sobre este tema que as enfermeiras dirigem seus discursos, quando refletem sobre o modo de cuidar e junto com a criança e a família criar laços que se reflitam no processo de cuidado.

5.2.1 Conhecendo e criando vínculos com a família

É na família que a criança encontra o seu referencial e sua ligação com a vida. Considerando-se a importância da família no cuidado da criança, sua presença

e participação reforçam os vínculos, de forma a transmitir apoio, segurança e confiança à criança. Para Montoro (1994) a família é um sistema de vínculos afetivos, responsáveis pela formação da estrutura psíquica da criança.

Para Dias (2001) atuar junto a crianças e suas famílias constituiu-se para os profissionais de enfermagem uma meta complexa e estimulante, visto que a realidade pediátrica é ricamente composta por momentos ímpares, frutos do mundo da criança. Dentro desta concepção, as enfermeiras relataram suas concepções sobre o significado das famílias no desenvolvimento da criança. A participante Águia apresenta suas concepções, através da fala:

Família é aquela que a gente compartilha, não precisa ser a mãe, o pai, as vezes tu tem a família em outras situações [...] é você ter aquela pessoa que você pode confiar que te passou, de repente, não enquanto semente, mas quando você já era um broto, que compartilhou momentos contigo, que sentou pra ver televisão, que te ajudou a escrever a letra A no teu caderno, que foi conversar com a tua professora, então eu acho que isso é raiz, é a família da gente. (Águia)

A família é, sem dúvida, o primeiro grupo social em que a criança se insere. É nela que a criança cresce e se desenvolve, apreendendo o seu modo de vida, seus valores e costumes, influenciados por questões sociais, econômicas e de interesse próprio de cada família.

Nesse contexto, a família deve ser vista como um elemento do cuidado responsável pela saúde de seu filho, deve ser valorizada para que se estabeleça uma relação social dinâmica entre a equipe e a criança. Conforme Elsen (1994),

(...) a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde; ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida e, suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta e sua participação deve ser incentivada em todo o processo de cuidar. (ELSEN, 1994, p.72)

A importância das relações familiares na formação e desenvolvimento do ser humano tem sido destacada por vários autores (Brazelton, 1988; Maldonado, 1989;

Winnicott, 1999). As enfermeiras referem ser de extrema importância conhecer a família e entender suas formas de cuidado com a criança. Esses aspectos são reforçados nos depoimentos das participantes Gaivota e Andorinha:

[...] família sendo entendida como qualquer pessoa sentimentalmente ligada aquela criança e as vezes até fora da família [...] que vai nutrir a criança com o afeto que ela precisa [...] a criança já nasceu, deixou de ser semente [...] eu coloco a raiz como um bebê no meio de uma família, no meio de pessoas, desejando que ela continue vivendo, isso vai se traduzir também em cuidados que se deverá ter com essa criança, cuidar das vacinas, fazer do teste do pezinho, da alimentação, principalmente para que ela seja boa, dar um pouco de colo". (Gaivota)

[...] família é tudo. Um dia eu li em algum lugar que nós não somos os donos das crianças, nós apenas temos a tutela delas. A família tem uma obrigação e deve saber disso, para poder cuidar, amar, e planejar as crianças. (Andorinha)

Para Elsen e Marcon (1999), a família contemporânea brasileira constitui-se numa comunidade de amor, apoio, compreensão e solidariedade que tem seu fundamento na própria família. O vínculo afetivo é o único que une o grupo familiar estabelecendo vínculos e traçando os mesmos objetivos de vida.

Para Motta (1998), os pais são os arquitetos na formação emocional de seus filhos, através da comunicação de afeto, do cuidado amoroso e expressivo. Necessitando a criança deste cuidado para concretizar-se como ser no mundo, de maneira segura.

Em seu processo de crescimento e desenvolvimento, a criança poderá enfrentar episódios de desequilíbrios físicos e emocionais, os quais podem gerar transtornos significativos para a construção de sua identidade e para a dinâmica familiar e é sobre este tema que uma enfermeira relata sua experiência de vida com relação ao nascimento de sua primeira filha.

[...] quando nasceu meu bebê, prematuro, uma enfermeira da UTI Neo me disse que as crianças que sobrevivem, esta vinculado não as condições de nascimento desta criança, mas sim do quanto a mãe deseja

que esta criança viva. Então a criança que a mãe quer que vai viver, ela vive! (Gaivota)

Eu vivenciei com a minha filha com relação a amamentação [...] ela foi mamar com cinquenta e um dias [...] eu queria muito que ela mamasse e ela também de certa forma queria e não conseguia, até que chegou o ponto em que ela conseguiu, [...] é o quanto se deseja que as coisas aconteçam. (Gaivota).

As relações de afeto entre as crianças e sua família podem ser traduzidas como uma sensação, um laço emocional que começa a crescer entre pais e filhos desde antes do nascimento, permanecendo através do tempo e se dá como resposta ao cuidado que se oferece à criança, em geral pela família ou pelas pessoas que estão cuidando. As enfermeiras relatam em seus discursos que a relação afetiva estabelecida entre a família e a criança irão determinar como ela se relaciona consigo mesma, com o mundo e com os demais. Uma criança feliz, espontânea, sorridente, confiante, otimista, segura, sadia, autônoma, capaz de dar e receber amor é aquela que cresce dentro de um vínculo de afeto. Relações parentais eficazes são diretamente relacionadas ao conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento. As enfermeiras, muitas vezes, têm uma possibilidade privilegiada para ajudar os pais a compreenderem as necessidades da criança.

5.2.2 Intervenção do enfermeiro como ferramenta potencializadora do vínculo com a família

Conforme Elsen e Marcon (1999), a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, portanto, não basta assistirmos a um indivíduo pertencente a ela, precisamos, sim, direcionar a assistência a toda família.

Para trabalhar com famílias é preciso estar sensibilizado. Como infere Ângelo (1999):

Estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, sobretudo na situação de doença, é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença tendo como meta promover um funcionamento pleno da família. (ÂNGELO, 1999, p. 08)

Nesta perspectiva, as enfermeiras oferecem valorização ao trabalho que desenvolvem junto às famílias, trazendo à tona as motivações presentes no seu agir, conforme os relatos das participantes Rolinha e Colibri:

“O que facilita o nosso trabalho [...] é essa vontade que a gente tem, que mesmo assim com as adversidades todas, a gente se motiva pra fazer as coisas, mesmo que tu ache, muitas pessoas dizem, ah mas não vale a pena porque tu não vai conseguir mudar. Eu acho que mudando uma pessoa, uma família, que eles tratem seu filho melhor, que ame mais essa criança e possa realizar todos os cuidados que o bebê precisa, eu acho que já vai ter valido a pena”. (Rolinha)

[...] a minha modelagem me lembrou um pouquinho da capa do livro do Pequeno Príncipe, que é um mundo [...] tem uma criança, uma árvore ao redor [...] em um primeiro momento representa o mundo com as pessoas ao seu redor de braços dados e em um segundo momento, fazendo uma analogia com o nosso trabalho [...] o que nos fez caminharmos para sermos enfermeiras, é um pouquinho do nosso coração [...] como nós conseguimos lidar com várias situações quem envolvem a famílias, as vezes a gente sofre, as vezes ficamos felizes, é lidar muito com o nosso coração. O que a gente precisa é desse sentimento, é dessa paixão que a gente tem pelo outro, é o amor que a gente tem pelo outro que nos faz trabalhar. (Colibri)

Os momentos de encontro, o relacionar-se, a troca de informações e a interação com a família, a comunidade, torna-se um momento de crescimento mútuo, auxilia na educação em saúde e promove o cuidado familiar. Desta forma, as enfermeiras aguçam a sua sensibilidade para perceber que as ações não estão predeterminadas, mas que emergem da sua criatividade, da necessidade e da sua inter-relação com as famílias, seres de cuidado.

Nesse contexto, na implementação de um modelo de atenção á saúde que garanta a sua universalidade, a resolutividade e a qualidade do trabalho, a enfermeira promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo, a partir do seu envolvimento com a área de atuação. É o que revela a fala da participante Garça:

[...] nós gostamos do que nós fazemos e realmente nós estamos comprometidos e eu acho que essa é a diferença que faz, por que a gente faz com amor, se a gente falha é na tentativa de querer mudar, de trazer algo novo, de querer estar ali com as pessoas que a gente convive, de quer melhorar, por que a gente está inserida naquele contexto, aquela comunidade, do bairro que trabalhamos, é a nossa família, a gente não está ali só por uma questão de emprego, nós temos uma grande paixão por estarmos fazendo isso, e isso nos mobiliza, nos dá criatividade para ultrapassar esse modelo que muitas vezes nos amarra e de que forma a gente pode nos organizar para otimizar o tempo, essas estratégias que nós vamos definindo e que vão nos ajudando a desenhar o PSF aqui de Bento. (Garça)

Ao reconhecer nos valores profissionais um embasamento para a sua prática, a enfermeira identifica-se com o trabalho. O reconhecimento do resultado do seu trabalho é importante para a sua realização profissional. Para Campos (2004) é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho, voltar a valorizar o esforço singular realizado em cada caso [...] é preciso construir uma aliança entre trabalhadores e usuários na consolidação da rede municipal de saúde [...] criar espaços de discussões internas para os trabalhadores, com a finalidade de garantir a integralidade do sistema de saúde.

A atenção primária á saúde, apresenta uma interface importante com a população atendida pelo sistema de saúde como um todo, permitindo evidenciar as condições de vida geradoras de necessidades. Nesse espaço, as enfermeiras desenvolvem ações voltadas para o acolhimento e para a promoção da saúde da criança, conforme referido pela participante Andorinha:

[...] eu converso com a mãe que vem na unidade, às vezes a mãe não vem porque trabalha, converso com os irmãozinhos, oriento para o cuidado. Quando a mãe traz o bebê para fazer o teste do pezinho, quando nós realizamos a pesagem, as primeiras vacinas [...] tu já pode dar um apanhado geral daquele cuidado [...] tu pega uma criança com assaduras e começa a falar da higiene [...] envolver na conversa, quando a mãe chega na unidade [...] fazer um acolhimento [...] como tu não pode abranger todas as crianças, tu trabalha com aquelas que mais precisam de ti, que tu está vendo que não estão bem, que estão sujas, que estão sempre doentes, que estão sempre lá na unidade. (Andorinha)

A atuação da enfermeira voltada para o acolhimento e para a promoção da saúde da criança, envolvendo a mãe e/ou outros familiares, indo de encontro com as necessidades apontadas pelos indivíduos presentes no cenário de cuidado, aproxima sua pessoa das famílias, o que gera prazer e impulsiona-as a continuarem entrando em contato com famílias.

As interações das enfermeiras com as famílias revelam-se importantes no processo de cuidar a criança. As enfermeiras referem que em alguns casos, as famílias procuram o serviço de saúde somente quando a criança estiver apresentando problemas de saúde. A realização de práticas de saúde resolutivas, nestes momentos de aflição, é tida como uma oportunidade que a enfermeira tem para orientar a família para cuidar-se e cuidar seus membros, e o interagir são relevantes para a formação de vínculos. Essa necessidade de interação aparece na fala da participante Caturrita:

[...] as famílias procuram a gente quando a criança está doente, quando está muito assada [...] ai a gente tem a atenção para orientar, se aproximar daquelas famílias que nos dão poucas aberturas. (Caturrita)

Ângelo (1999) diz que estar sensibilizado para o cuidado não significa apenas saber trabalhar com a família. Para entender a participação da família no processo de cuidado é imprescindível vê-la sob seu próprio ângulo, entender a sua realidade, suas limitações, seus anseios. As enfermeiras devem procurar compreender-se em seu próprio mundo e, a parti daí, compreender os significados dos eventos que

estão presentes no contexto das crianças e de suas famílias. Essa postura pode ser identificada na fala das participantes Garça e Rolinha:

[...] o meu desenho retrata a família, a criança não está sozinha, ela tem o pai, ela tem a mãe, quando não tem o pai, ela só tem a mãe, ela tem uma avó, ela tem um vizinho, ela tem um irmãozinho [...] ela gosta de brincar ao ar livre, de sentir o sol, de ver os pássaros voando, de ver o contorno das nuvens, de sentir a terra, de ver as folhas.[...] será que a gente está olhando para esse contexto, a gente está gostando de olhar, de andar nas ruas e ver a realidade que as famílias estão vivendo, de que forma as crianças brincam? (Garça)

[...] a gente pega a criança nas várias fases de desenvolvimento e identifica os problemas [...] conseguindo assim, através do nosso cuidado, modificar algumas realidades, [...] precisaríamos direcionar o trabalho para as famílias, visando o cuidado holístico, ver o ser humano como um todo, identificar em que meio que essa criança vive? Quando ela sair da unidade, vai ser implementado aquele cuidado? As famílias tem condições de cuidar daquela criança?(Andorinha)

Verifica-se que as enfermeiras acreditam ser importante colocar-se no lugar do outro, conhecer o mundo em que ele está inserido, de capturar a sua realidade, mas que na prática, muitas vezes isso não é realizado, ou se o for, pouco exerce influência sobre as suas intervenções junto a criança e a família.

5.3 Do ideário das práticas de cuidado de enfermeiras na saúde da criança à construção de estratégias e processos de mudança

A infância é constituída por uma sucessão de etapas, cada uma com as suas características, cada período preparando o seguinte, cujos limites, em geral, são poucos nítidos. Mesmo que o desenvolvimento infantil seja um processo global e contínuo, fazem-se cortes em faixas etárias como pontos de referência para se tornar mais claros os riscos próprios de cada fase e assim, nortear o planejamento das ações em prol da saúde da criança.

Segundo a OPAS (Organização Panamericana de Saúde, 1998), uma gama de estudos realizados, em várias regiões do mundo, apontou que os padrões de crescimento e desenvolvimento infantil sofrem alterações de acordo com as características socioculturais de cada região. Sendo a saúde da criança uma das prioridades inserida em diferentes modelos de atenção à saúde de forma abrangente e universal, tendo como eixo norteador da atenção materno-infantil, recomendada pelos órgãos internacionais de saúde, o crescimento e o desenvolvimento infantil.

A programação de ações de saúde há muito tempo se constitui em importantes ferramentas de planejamento e avaliação da na área da saúde infantil. Conforme Machado (2003) em todos os níveis do sistema de saúde são utilizadas ações programadas por áreas. A tendência mundial está centrada na priorização do risco na programação de ações de saúde, ou seja, através da promoção de ações a partir das necessidade de atenção de grupos específicos. No caso das crianças, os programas de saúde contemplam, por exemplo, ações de sensibilização das mães para o aleitamento de forma natural, para a realização do teste do pezinho e realização de vacinas, conforme descritos no capítulo III.

Dento deste contexto, as enfermeiras trouxeram suas experiências, que envolvem ações dirigidas para as gestantes, como uma estratégia de garantia do cuidado à saúde da criança, após o nascimento do bebê, as dificuldades encontradas frente a sua atuação, junto com a díade família/criança e por fim, as práticas de saúde que definem o acompanhamento da saúde da criança.

5.3.1 Interface entre a gestação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil ... a construção de cenários favoráveis

A mãe é a figura central do desenvolvimento infantil. A gravidez assume um papel especial no significado psicológico para a mãe, que facilitará ou dificultará sua disposição e motivação para assumir determinadas relações implicadas pela maternidade.

Toda gestação envolve, no início, uma ambivalência que se explicita pela aceitação ou pela rejeição da gravidez, ou seja, há o temor, na gestante, de ser destruída pela gestação. Daí a importância dada pela enfermeira para a educação em saúde, no momento dos grupos, realizados com gestantes, implicando nas trocas de experiência, etc. (NOGUEIRA, 1994)

Acreditando que a compreensão da dinâmica familiar possa auxiliar a enfermeira a intervir preventivamente junto à família, através do seu preparo, durante o pré-natal, para o que irá enfrentar quando retornar ao lar com o filho, prevenindo ou atenuando, dessa forma, inúmeros problemas que poderiam ocorrer neste momento.

Conforme Medeiros (2001), descrevendo sua vivência com grupos de gestantes, reforça a importância do agir preventivo

Na minha experiência, percebo que a maioria das mulheres, após o parto, algumas vezes, com algum problema já instalado. Por isso, a importância de agirmos preventivamente Durante o pré-natal ou no puerpério imediato, preferencialmente no domicílio. (MEDEIROS, 2001, pg. 03)

Os estudos que relacionam o trabalho da enfermeira na atenção básica, refletem a diversidade das práticas desenvolvidas com grupos compostos por clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças gestantes e portadores de doenças crônico degenerativas (Magalhães,

1991); de puericultura, pré-natal e planejamento familiar, bem como sala de espera, de asma e oficinas terapêuticas (Thumé, 2000).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão associados a 69% dos óbitos perinatais, segundo a OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998). Estes dados demonstram a importância dos serviços de saúde concentrarem esforços na atenção ao pré-natal e ao parto. A atenção perinatal precisa estar organizada em rede, de forma a atender os níveis de complexidade crescente. A rede básica de saúde é a porta de entrada para as gestantes, estando responsável pela atenção pré-natal, bem como às crianças nas suas necessidades de crescimento e desenvolvimento saudáveis (MACHADO, 2003). O acompanhamento do pré-natal realizado pelas enfermeiras, junto aos grupos de gestantes, é realizado com vistas ao atendimento das suas necessidades, sendo esta uma estratégia utilizada para a garantia do acompanhamento da criança após seu nascimento.

O grupo de gestantes representa uma ferramenta de potência para as enfermeiras no trabalho junto às gestantes, principalmente pela troca de experiências que proporciona entre as mulheres, implicando muitas vezes, na alteração de condutas, conforme expressa a fala da participante Colibri:

O nosso grupo de gestantes [...] tem uma média de 20 gestantes por grupo [...] a troca de experiências entre elas conseguiu fazer com que elas aceitassem mudar de comportamentos. (Colibri)

O vínculo que as gestantes criam com a equipe de saúde fornece a garantia do retorno da futura mamãe com seu bebê, para a Unidade Básica de Saúde, sendo que as gestantes que não são acompanhadas tão de perto, não apresentam os mesmos comportamentos. O relato da participante Bem-Te-Vi, comprova que o vínculo é uma importante estratégia para a garantia do cuidado da saúde da criança, através de seu relato:

[...] Esta gestante que nós pegamos logo no início da gravidez e que hoje já ganharam seus bebês [...] o vínculo que a gente cria com ela [...] acaba conseguindo fazer com que essa criança venha para unidade, a mãe traz ela para pesar, consultar, fazer as vacinas, ela amamenta o bebê. [...] Mas a criança que a gente pega um certo tempo depois que nasceu, com um ano, dois, que eu não acompanhei, eu encontro muita dificuldade para tentar chegar nessa mãe, nessa família. Eu acho bem mais difícil do que quando a gente pega uma gestante e vai orientando ela, tu tem que começar ali pela semente e tentar daí. [...] esta é uma das estratégias que a gente conseguiu, a gente tentou e deu certo. (Bem-Te-Vi)

As enfermeiras também sentem que seu trabalho foi valorizado e teve impacto na vida daquela criança, no momento em que a puérpera retorna ao serviço de saúde e apresenta uma boa relação de afeto com a criança. A fala da participante Gaivota valoriza este acontecimento:

[...] a questão da diferença entre uma gestante que é acompanhada em grupo, e não somente em consulta [...] ela acaba procurando o serviço depois, valorizando aquele cuidado que tu deu. É diferente até a relação as vezes, que tu percebe dela com o bebê. (Gaivota)

No contexto da atenção primária em saúde, o desenvolvimento do trabalho com grupos, é uma das atribuições da enfermeira no contexto do Programa de Saúde da Família, pois ele requer o fortalecimento da sensibilidade cultural e das habilidades interculturais. A interação da enfermeira com diferentes culturas pressupõe o respeito aos seus saberes, pois ela respeita e interage com diferentes culturas (WITT, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), as mulheres estão sendo estimuladas a fazerem o pré-natal, mas os serviços devem responder adequadamente a este chamado. É preciso escutar a gestante, refletir continuamente sobre seus medos, emoções, fantasias, e limitações de conhecimento. Corresponder à confiança que as mulheres depositam nos serviços é decisivo para a adesão ao pré-natal e, mais tarde, a o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Vasconcelos (1997) afirma que as condições que determinam a saúde e a doença ocorrem fora das unidades de saúde, nas relações sociais e de produção, tal fato, entre outros, justifica a necessidade do atendimento domiciliar. Elsen e Marcon (1999) ao refletirem sobre o melhor ambiente para assistir as famílias, dizem ser o domicílio, sendo este o local onde as pessoas expressam suas crenças e valores sobre a saúde e a doença, além das formas de cuidar dos seus entes.

As enfermeiras entendem que a visita domiciliar é uma estratégia muito pertinente para o desenvolvimento de suas práticas de cuidado junto às famílias. O relato da participante Garça, informa como esta estratégia é viabilizada na prática:

[...] nós continuamos cuidando das gestantes que participarem do grupo, depois do nascimento do bebê [...] nós realizamos a visita domiciliar, para aquela família que ganhou um novo membro [...] Vamos até a casa dela para saber se ela e o bebê estão bem [...] Se a família está convivendo bem ali? Como eles estão cuidando do bebê? E a gente tem uma visão diferente, pois quando ela vem para o posto dá banho na criança e bota uma roupinha bonita, [...] é algo simples e positivo, e é bom a gente fazer isto. A gente não sabe o que tem naquela casa junto com o nenê, então é bom a gente ver isso. (Garça)

De acordo com Ávila (1998), é imprescindível o acompanhamento da puérpera nos 15 primeiros dias após o parto.

Medeiros (2001) conclui, após a realização de um estudo sobre as vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho, que o enfoque normalmente dado ao binômio mãe-filho no período puerperal, deve ser estendido para a família, no contexto domiciliar, a fim de subsidiar o cuidado de enfermagem à família em expansão, através do conhecimento de suas vivências quando retornam ao lar com a criança. Ressalta teve uma ótima acolhida por quase todas as famílias, bem como a relação que se estabeleceu foram fatores auxiliaram sua coleta de dados e reforçaram a importância do profissional de saúde no domicílio.

Porém, as enfermeiras relatam que esta presença no domicílio das famílias, não é uma prática fluente desenvolvida no âmbito do Programa de Saúde da Família deste município, conforme o relato da participante Bem-Te-Vi:

[...] identifico quem esta grávida, vai ganhar quando? As agentes comunitárias monitoram a gestante, caso ela não faça o acompanhamento aqui na UBS. [...] Nasceu o bebê [...] espero que as mães tragam o bebê no posto entre o 7º ou 10º dia após o nascimento para a realização do teste do pezinho, das vacinas, revisão, puericultura [...] Eu gostei muito da idéia de ir visitar as gestantes após o nascimento do bebê, pois o hospital não encaminha elas para nós. (Bem-Te-Vi)

Podemos perceber que a inexistência de um encaminhamento ou assistência à puérpera como uma grande falha nos serviços de saúde, que não tem o atendimento à puérpera normatizado. Medeiros (2001) ressalta que a falta de vínculo com o serviço de saúde e o fato do hospital não encaminhá-las para a continuidade do acompanhamento pós-parto faz com que as famílias não o procurem. Estes achados mostram que os serviços de saúde estão negligenciando as necessidades de acompanhamento das famílias no pós-parto. As famílias ficam soltas e seguem quase que exclusivamente as orientações do sistema popular de saúde.

O serviço de saúde é procurado, pelas famílias, somente nos casos de doenças e algumas complicações com o bebê ou com a mãe, que implica na acessibilidade. Este fato também revela uma forma de dar continuidade ao acompanhamento da puérpera e da criança. A busca dos usuários pela atenção junto aos serviços de saúde para cada novo problema ou novo episódio de um problema, pode ser identificada, através dos relatos das enfermeiras. As participantes Águia e Colibri relatam suas experiências, conforme as falas:

[...] uma mãe que fez o pré-natal conosco, que participou de um ou dois dos encontros de gestantes, me procurou porque o nariz da nenê estava congestionado [...] eu auscultei o pulmão e estava tudo bem, limpinho [...]

ela me disse que a nenê não conseguia mamar, o nariz esta congestionado, me botou todos os problemas [...] eu disse para ela usar um sorinho no nariz para descongestionar e continua amamentando [...] elas vem apavoradas algumas vezes por coisas que são muito simples e agente aproveita a oportunidade para orientar e ganhar a confiança. (Águia).

[...] as vezes é ansiedade delas. Não é nem tanto problema do umbigo ou do narizinho entupido, as vezes é muita ansiedade. Elas vem e não é só aquilo elas me botam tudo pra fora...meu marido tem isso, meu marido é assim, fica incomodando. É o momento onde elas desabafam, daí a gente escuta. (Colibri)

É importante ressaltar que os aspectos relacionados com a relação entre as enfermeiras e as mães são destacados, visto que estas não foram buscar apenas respostas ou encaminhamentos, mas sim, serem tratadas como pessoas que são, com direitos de serem ouvidas e consideradas em seus medos e expectativas. As famílias aqui, representadas pela mãe, conforme os dois relatos acima, buscam uma escuta acolhedora, valorização de suas queixas e ajuda para percorrer a trajetória para resolução de seu problema. Indo além da eficácia do serviço, apostam numa relação interpessoal e intersubjetiva, para troca de saberes e vivências, no espaço próprio dos serviços de saúde. Para Dióz (1998), essa dimensão relacional é elemento substantivo das ações em saúde, compondo a qualidade e o impacto do serviço.

Nitschke (1999) relata que o desconhecimento do mundo imaginal das famílias gera um conflito a respeito do significado de ser saudável entre os profissionais de saúde e as famílias que cuidam e são cuidadas. Esse fato faz com que muitos problemas de saúde persistam, pois as propostas dos profissionais não têm ressonância no cotidiano das famílias e vice-versa.

5.3.2 Tensões do agir em enfermagem e suas presenças no dia-a-dia na construção de práticas vinculadas à saúde da criança

O conhecimento dos aspectos relacionados aos processos de crescimento e desenvolvimento infantil dentro do contexto familiar, como já dissemos em outrora é condição essencial às enfermeiras que atuam à frente dos programas de saúde da criança, na esfera da atenção primária em saúde.

Sabe-se que a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças é complexo, através do qual destacam-se as ações da enfermagem na execução de ações vinculadas à atenção à saúde da criança. No entanto, é fundamental apontar que o desenvolvimento de um ser humano não pode ser resumido a medidas, escalas psicomotoras, quantitativos referentes à morbimortalidade. As mudanças no corpo e na mente de um indivíduo, desde o seu nascimento, devem ser compreendidas em um todo integrado à sua família, ao seu grupo social, enfim, ao ambiente em que ele se desenvolve. Segundo Cusminsky e Suárez Ojeda (1998), o processo de crescimento e desenvolvimento da criança ocorre num contexto do qual fazem parte a família, os padrões culturais da sociedade e as condições de acesso aos serviços de saúde de que se dispõe. Assim, sua vulnerabilidade expressa-se não somente por deficiências orgânicas, mas pelo desenvolvimento psicossocial, altamente sensível às adversidades do meio.

Desta forma, não há como pensar isoladamente nas ações executadas acerca dos riscos à que as crianças estiverem expostas, se não forem identificadas as deficiências mais globais da vida de uma criança, relacionadas com a sua família ou através das relações com a sua comunidade.

Conforme a legislação do exercício profissional, a enfermeira, como integrante da equipe de saúde, desenvolve ações de assistência integral em todas

as fases do ciclo vital, sendo esta também uma das atribuições junto ao Programa de Saúde da Família. Recentemente, conforme as diretrizes curriculares, a enfermeira deve ser formada para planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento. Esse conhecimento é necessário para que a enfermeira estabeleça novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões (BRASIL, 2003). A esse respeito, os dados coletados junto às enfermeiras referem que a sua formação acadêmica pouco tem contribuído para a atenuação do distanciamento que ocorre entre “teoria” e a “prática”, conforme o relato da Águia:

O universo acadêmico da gente é bem diferente do que a gente vive nesta comunidade [...] tu está preparado para encontrar situações como a falta de equipo, de um curativo e o que tu pode fazer. É diferente [...] de tu chegar numa casa e ver que a pessoa não tem o que comer [...] são coisas que a academia não nos prepara e acho que só com o tempo a gente vai se preparando, aos poucos. (Águia)

Essa nova concepção de agir frente à realidade e as necessidades dos usuários/famílias/comunidades levaram as enfermeiras há uma “exposição” de um universo permeado por questões que em outro momento de suas vidas, seja no âmbito pessoal ou profissional, estavam distantes.

Na modalidade de atuação, sugerida pelo Programa de Saúde da Família, os profissionais lidam diariamente com a realidade de vida dos usuários e se deparam com dificuldades na realização do trabalho proposto. A fala da participante Caturrita revela a sua dificuldade no primeiro contato com os usuários que ainda são desconhecidos por ela, incluindo as crianças de rua.

[...] resistência que a princípio a gente tem das famílias, até pelo sistema em que a gente vive, [...] com crianças de rua, de você atender, não atender, de perigos que você corre ou não. [...] Tu podes ver eles na tua comunidade de vez em quando, mas é diferente de quando ele bate na tua porta [...] quem é essa pessoa? [...] de início é uma coisa que dificulta, o medo do desconhecido das famílias. (Caturrita)

As enfermeiras reconhecem suas limitações durante o processo de estabelecimento de laços de responsabilidade e compromisso, com as famílias, através da exposição de suas dificuldades, conforme a fala da participante Colibri:

A minha realidade [...] é uma região de prostituição, de tráfico [...] as crianças tem um déficit muito grande de carinho e de afeto. Eu tenho muita dificuldade de trabalhar com esta realidade.(Colibri)

A interação com as famílias de forma sensitiva, efetiva e profissional compreende uma competência cultural, que as enfermeiras devem desenvolver, conforme Witt (2005), as quais envolvem a compreensão das práticas tradicionais de cura no sistema de crenças em saúde de indivíduos, família e /ou da comunidade.

As enfermeiras explicitam suas angústias que vivenciam relacionadas com as barreiras com as quais se deparam no desenvolvimento de suas práticas de cuidado, conforme as experiências relatadas pelas participantes Rolinha e Águia:

A minha modelagem retrata duas crianças deitadas em um berço, uma delas está com os braçinhos levantados, está pedindo colo [...] representando uma das barreiras que a gente se depara [...] a falta de carinho nos lares, de atenção, todo este problema social que nos rodeia [...] a gente que trabalha dentro da Unidade Básica de Saúde percebe isso. (Rolinha)

[...] tem uma barreira cultural das pessoas [...] elas não querem receber a gente, não querem mostrar, tem vergonha, não querem mostrar o que realmente acontece por trás daquela porta, naquelas quatro paredes. (Águia)

Lidar com tais questões, que acabam por expor a limitação da ação do setor saúde nas situações cotidianas de vida é sempre difícil e sofrido. As enfermeiras

relatam que a frustração encontra-se muito presente nos anseios de suas práticas, conforme a fala da Andorinha:

[...] gosto muito de trabalhar com a gestante e é aí que eu me frustro muitas vezes, porque na minha concepção [...] o meu filho foi muito desejado, foi muito querido, e a minha gravidez foi uma coisa tão boa, eu gostei de cada fase, de cada momento [...] eu gostaria, que as mulheres sentissem a mesma coisa, mas elas não sentem [...] a gente vê muita violência infantil, a gente vê muita coisa, que às vezes tu se sente impotente, tu não consegue agir [...] isso frustra o profissional [...] tu vai se lembrar da tua infância, tu vai se lembrar do teu filho. (Andorinha)

Tal ideário revela que o trabalho cotidiano da enfermeira na atenção primária requer o fortalecimento da sensibilidade cultural e das habilidades interculturais destas profissionais. A interação da enfermeira com diferentes culturas pressupõe a existência de dificuldades no desenvolvimento das relações sociais nas quais predominam o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos, os quais permitem que o apoio social e o cuidado se façam presentes (WITT, 2005).

As enfermeiras abordam aspectos relativos as especificidades na realização das práticas de cuidado que desenvolvem junto à saúde da criança e enfatizam a importância do acolhimento, como uma forma de conduzi-las. É o que revela o discurso da participante Garça:

[...] a gente não está deixando as nossas características prevalecerem [...] como é que eu atenderia o meu filho? Eu sempre procuro chamar as crianças pelo nome, explico o que eu vou fazer, converso com a mãe, busco o auxílio dela para a realização do procedimento, digo para a criança que eu vou fazer aquela vacina com bastante carinho, que ele pode chorar se doer, [...] a gente tem que deixar a criança tranquila [...] é a forma como a gente conduz, é a forma de acolher a criança. (Garça)

O acolhimento compreende a humanização das relações entre os trabalhadores e o serviço de saúde com seus usuários, segundo Merhy (2005). O encontro entre trabalhador de saúde e usuário ocorre num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se

constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor permite que o trabalhador em saúde use o seu saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. A abordagem ao usuário passa então, a estar centrada na valorização dos atos e procedimentos em si.

É dentro desta concepção que as enfermeiras trazem para a discussão coletiva a importância da realização do planejamento das práticas de saúde, desenvolvido frente as características da equipe de saúde e da comunidade, o que acaba por concretizar a dinâmica do processo de trabalho em saúde, na qual o acolhimento está inserido. A utilização em larga escala de protocolos, como sustentação das práticas de cuidado, é questionada, conforme o relato da participante Garça:

[...] a gente precisa trocar experiências, para não ficarmos presas em protocolos, para construirmos novas formas de trabalho que sejam a cara da equipe que está lá, atuando [...] somada as características da comunidade que estivermos inseridas [...] nós temos essa bagagem de conhecimento, a organização do que precisa ser feito, das metas, dos objetivos [...] cada uma de nós sabe o que é importante no cuidado da saúde da criança, [...] quais são os riscos, quais as estratégias e ações que a gente tem que adotar [...] a gente ainda esta muito preso ao modelo procedimento-centrado, [...] enfatizamos muito a questão dos protocolos [...] fórmulas para trabalhar. (Garça)

A execução de ações vinculadas com o programa de atenção à saúde infantil contemplam intervenções programadas e avaliadas sistematicamente. As ações de saúde assim concebidas podem se transformar em instrumentos burocratizados e desarticuladores da ação, quando entendidas somente como mecanismos de controle de atividades.

É neste contexto, que as enfermeiras expressam seus descontentamentos com relação às diretrizes adotadas pelo sistema de saúde municipal, para a atenção

à saúde da criança, que tem norteado suas intervenções. Pode-se perceber esse discernimento na fala da Gaivota:

O que está posto como a missão, e requer uma resposta como programa de saúde da criança é a pesagem. [...] eu nunca acreditei na pesagem. Porque a pesagem tira muito tempo e realmente quantas crianças desnutridas nós temos? [...] o que precisa ser feito é criar ações que sejam concretas e que exijam respostas, construída pela equipe frente as necessidades reais das nossas crianças. (Gaivota)

Nesta concepção da saúde da criança, é importante ressaltar que as enfermeiras já não concebem programações diretivas, planejadas em níveis superiores do sistema de saúde e somente executadas pela equipe de saúde. Há organizações de processos de trabalho das quais fazem parte o controle social, as equipes de saúde, bem como os seus gestores, nos quais as propostas de atuação partem da realidade apresentada, onde a vigilância nutricional representa um dos eixos importantes para o direcionamento das ações propostas.

Desta forma, programar ações ou executar ações previamente sistematizadas num programa deixa de ser um fardo imposto às equipes de saúde passando a ser um elemento dinâmico de acompanhamento e avaliação das intervenções realizadas para a efetiva resolução dos problemas da população sob sua responsabilidade (MACHADO, 2003).

As enfermeiras relatam, de acordo com suas distintas capacidades, as práticas de cuidado que tem norteado suas atuações profissionais, frente às demandas da saúde da criança. As participantes Bem-Te-Vi e Andorinha descrevem suas principais condutas:

[...] após o nascimento do bebê, já na UBS, realizamos o teste do pezinho, as vacinas [...] oriento tudo na questão da vacinação, por que uma das preocupações é a tal da febre [...] essa vacina dá febre, essa não dá febre, essa dá feridinha, essa não dá. [...] oriento as mães para

que tragam mensalmente os bebês para pesar e medir [...] eu deixo elas assim, bem a vontade para perguntar sobre os cuidados com a criança [...] oriento o agente de saúde para manter o acompanhamento semanal para saber como é que esta a criança. (Bem-Te-Vi)

[...] eu começo com a gestante, depois quando chega aquela criança, falo de vacina, explico a importância da mãe trazer a criança para a pesagem. [...] naquele momento eu visualizo a criança como um todo [...] aproveito para orientar aquela mãe [...] depois eu converso com o agente comunitário de saúde [...] ele faz uma visita domiciliar para ver se o cuidado foi implementado. (Andorinha)

O vínculo é considerado uma característica marcante do trabalho realizado pelas enfermeiras do Programa de Saúde da Família. No contexto do cuidado realizado na sala de vacinas, torna-se um momento propício para o desenvolvimento de vínculo entre a tríade criança-família-enfermeira, bem como para a educação em saúde. As interações das enfermeiras com as famílias revelam-se importantes no processo de cuidar a criança. As participantes Gaivota e Águia revelam a importância da formação de vínculos durante suas práticas de cuidado:

[...] na sala de vacinas é um momento rico demais [...] é o momento em que a enfermeira tem que estar presente [...] por que é um momento muito forte de vínculo que tu faz. [...] tu orienta, percebe o vínculo da mãe com o bebê e como de tu fazer vínculo com essa mãe, por que tu tá dando orientações, as vezes, que ela vai usar dois ou três anos depois [...] se tu consegue fazer uma relação boa ali com a mãe, tu tem essa mãe que vai te buscar em outras situações [...] porque confia. (Gaivota)

[...] a relação maior ainda é dentro da sala de vacina, que é lá que a gente consegue ter realmente um contato, dar orientação, a gente também faz pesagem, orienta. (Águia)

O momento da realização de vacinas muitas vezes é para as enfermeiras, a oportunidade que têm de orientar a família para cuidar-se e cuidar seus membros, e o interagir, são relevantes para a formação de vínculos. Na medida em que a criança e sua família se relacionam com a enfermagem na sala de vacinas, onde se submetem ao estresse pelo procedimento doloroso, necessitarão auxiliar-se

mutuamente como num exercício ético e estético que leva à aprendizagem, ao autoconhecimento. Aprender a lidar com o estresse, com a raiva, frustração, medo, sentimento de pena, assim como com o sorriso, os estágios de desenvolvimento acontecendo, ensina os pais a terem o equilíbrio necessário para desenvolverem um apego saudável.

A enfermagem necessita estar preparada para corresponder às expectativas das famílias e não esquecer que todo o trabalho que realizamos deve estar a serviço do ser humano em primeiro lugar. Não podemos tratar a criança e a família como pessoas submissas e obedientes. É preciso criar condições necessárias para que o processo de cuidar seja relacional, criando e tornando o momento de cuidado um momento político-pedagógico onde o sujeito, a criança e a família caminhem para a independência crítica e criativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aliando-se com minha experiência pessoal, durante minha formação como psicomotricista relacional, percebi a importância da realização das oficinas como forma de exteriorização de sensações, percepções, emoções, angústias, temores, que todos os sujeitos trazem consigo, inclusive nas suas relações interpessoais.

O desenvolvimento, de tais oficinas, corroborou junto aos profissionais da enfermagem, para a obtenção de uma dimensão mais real de suas limitações frente as situações do cotidiano, preparando o profissional para ter uma postura de escuta em relação aos demais. Trabalhar a si próprios em prol de seu autoconhecimento, permitiu uma melhor compressão de suas relações com o outro, aqui tratado como a criança e família, foco do cuidado na enfermagem pediátrica. Buscando, através deste modelo, uma nova construção para o exercício do trabalho em enfermagem e de seus momentos característicos, pelos quais os processos de mudança e/ou acomodação dos sistemas de produção de coletivos estejam articulados com seus desvios de organização e desenvolvimento.

Ressaltando ainda que, a opção pela metodologia proposta por Cabral (1998,1999) veio de encontro com a construção deste estudo, principalmente junto ao alcance do objetivo, por tratar-se de um método educacional, além de um importante instrumento potencializador da conscientização em prol da mobilização do grupo para o desenvolvimento de ações que resultem em benefício coletivo, na produção coletiva do conhecimento sobre as causas dos problemas que fundamentam as possibilidades coletivas de solução. Acredito que a metodologia

escolhida tenha respondido as questões do estudo, mesmo que não tenha esgotado o tema, o qual poderá ser revisto através de outros olhares.

As discussões de grupo foram desencadeadas por produções artísticas, que num primeiro momento ocorreram individualmente e logo após foram coletivizadas, tendo a finalidade de preparar as participantes do estudo para o diálogo, além de facilitarem e oportunizarem a organização do pensamento para o início de sua fala, e também direcionarem o processo de análise, conforme a intervenção da pesquisadora.

Nessa perspectiva, as participantes tornaram-se comprometidas com o próprio grupo e com a pesquisadora, estabelecendo vínculos que são fundamentais para a transformação da realidade na qual estão inseridos.

A partir da utilização do método criativo e sensível, para a coleta de dados, buscou-se conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiras de Programas de Saúde da Família, vinculadas à saúde da criança. Considerando a metodologia, em questão, como uma ferramenta potencializadora do pensar e agir, proporcionando a reflexão e ressignificação de sua ação, pois propôs-se a adentrar pela via da sensibilidade e da criatividade dos participantes do estudo, levando-os a flexibilizar-se e evidenciar publicamente seus pensamentos, suas ações e seus conceitos acerca do mundo, da vida, ou sobre si mesmos, sem temores de romperem com preconceitos e barreiras construídas socialmente.

Durante a realização das oficinas ocorreu a introspecção e a expressão criativo-sensível, através do entrecruzamento entre ciência, práxis e a estética, que são os pilares fundamentais da prática de enfermagem. A identidade profissional passa a ser construída por cada participante do grupo, de acordo com seus sistemas pessoais de crenças e valores, normas de condutas, cultura, socialização, influência

familiar e da própria escola de enfermagem de formação. A partir de tais vivências, as produções artísticas passam a transparecer o imaginário que os enfermeiros construíram sobre sua práxis, apontando as contradições inerentes à própria profissão.

A vivência das oficinas, no papel de pesquisadora, junto com o grupo de enfermeiras, me fez refletir sobre a enfermagem, através da sua ação, podendo estimular comportamentos. Utilizando seu saber científico, pode tornar as pessoas submissas, pode despersonalizá-las, controla-las, ou liberta-las; estimular a autoconfiança; desenvolver e motivar para a criação e satisfação das necessidades, de forma a ajudar cada pessoa no seu processo autônomo de crescimento, levando os indivíduos e as comunidades a transcenderem-se em novas maneiras de fazer e de ser cidadãos.

O cuidado de enfermagem tem um propósito que é educativo e político, portanto pode levar ao cidadão uma formação crítica de autonomia ou alienante. A construção do conhecimento se faz valorizando o conhecimento e o ambiente sócio-cultural de cada um que deve ser tratado como sujeito da aprendizagem e não como objeto da mesma. Para pensarmos em uma educação emancipatória, necessitamos considerar que todos falam, comunicam-se, usam um vocabulário básico, manejam conceitos dentro do senso comum, possuem referências da realidade em que estão inseridos. Este deve ser o ponto de partida para, a partir do que a pessoa já domina, faz, vive, tornar a prática a fonte do conhecimento.

A educação, através das práticas, necessita motivar os outros na sua própria produção. Quando a enfermagem conversa com uma criança e explica o que vai fazer, demonstra que ela tem o direito de participar e desta forma ela se constrói, sabendo que tem direito a explicações e a reclamações, através do choro e

agitação. Esta é uma estratégia de geração de conhecimento, de promoção e construção da cidadania.

Uma família aprende e pode capacitar-se melhor a partir das observações que faz dos profissionais da saúde que a atendem. E aí a grande responsabilidade de, no confronto da teoria com a prática, não perder o compromisso com a educação.

Para a família é muito importante o modo de fazer da enfermagem, porque ele está diante do que poderíamos de chamar de um modelo. A enfermagem é educadora e deve oferecer um modelo válido para a identificação da pessoa que também aprende pela observação. Observar o educador permite a pessoa, ao cliente, pensar sobre o que é ser educador e ao mesmo tempo aprender. Diante do modelo, ele pensa, reflete, constrói conceitos sobre aprender, ensinar, fazer e refazer.

A pessoa, através da observação e do diálogo, percebe o profissional como um “igual” (como ele) e se inicia um processo de desmistificação do profissional e de interação entre os dois. A congruência também deve ser lembrada como facilitadora para o aprendizado. Pensar que, se através das suas ações, a enfermagem pode mostrar-se de forma verdadeira, possibilitando o aprendizado através do exemplo que permite à outra pessoa a opção futura na escolha das suas ações, atitudes e na sua organização.

O espaço que ocupa a enfermagem na saúde é também político e pedagógico. No espaço da saúde encontramos o saber cotidiano e o saber científico, o que o torna um espaço privilegiado, onde ocorre o confronto bilateral do ensino e aprendizagem. Através da síntese do que existia antes e do conteúdo assimilado, cada um cria um outro dentro de si, que não existia antes, emergindo um

novo saber ou um novo entendimento sobre o saber. O saber cotidiano e o saber científico devem ser utilizados de forma dialógica, a fim de produzir o entendimento de cada um acerca de si mesmo e do outro, das suas relações, do seu meio social, do seu saber, na busca de recursos e habilidades próprias, assim como na tomada de decisão. No entanto esta não é uma tarefa fácil, uma vez que a enfermagem necessita rever a sua forma de pensar que muitas vezes é ideológica, formal, intelectualizada, científica, prescritiva e até onipotente. Esta forma de ser e de fazer da enfermagem necessita entrar em consonância com o senso comum, que é dotado de um saber próprio, criado pelas pessoas a partir do seu meio, da disponibilidade de recursos e normalmente é coerente e funcional àquela realidade.

Não podemos perder de vista que, num processo ensino-aprendizagem, a transformação, a mudança de comportamento, emerge e necessita ser embasada em recursos próprios, internos que, juntamente com recursos externos, poderá ser viabilizada. Por outro lado, acredito que a observação, a convivência e troca de experiência podem criar um ambiente fecundo de aprendizagem, quando imprimimos um significado as nossas ações e desejamos, através delas, mobilizar as pessoas a encontrarem significados no seu modo de ser e de fazer.

A comunidade e as pessoas são capazes de distinguir, de sentir e depositar confiança nos profissionais de saúde. Os profissionais da saúde ainda são detentores do poder que lhes é conferido pelas políticas de saúde que autorizam consulta, distribuem medicamentos...mas, principalmente, e acredito, que ainda o poder se dá, pelo conhecimento, pelo saber, e por isso as famílias tentarão se identificar e se espelhar nos profissionais de saúde e só por isso, porque o poder imposto não constrói conhecimento, ao contrário, ele afasta as pessoas que tentarão buscar outros modelos que nem sempre serão construtivos e muitas vezes poderão

ser mais alienantes, como é o caso das centenas de instituições religiosas que mantêm suas portas abertas, recebem e conduzem as pessoas que acreditam e vêm nelas a representação do saber e do poder e muitas vezes a cura dos males físicos e espirituais.

RECOMENDAÇÕES

A utilização das dinâmicas de criatividade e sensibilidade como um recurso metodológico constituiu-se em um espaço educativo, de cuidado e de pesquisa, dessa forma recomenda-se a sua utilização no campo de produção de conhecimento na enfermagem. Essa indicação está embasada na possibilidade de articular sensibilidade com o discurso teórico a partir da linguagem artística. Pois assim como observamos na realização deste estudo, as dinâmicas de criatividade e sensibilidade oportunizam o olhar para outros caminhos visando o fortalecimento de idéias e teorias socialmente constituídas, sustentadas no compartilhamento de experiências individuais e na tentativa de encontrar, no plano da diversidade, novos ou reformados conceitos e saberes coletivos.

Nesse contexto, acredito que oportunizar reflexões para a construção de saberes próprios de uma dada realidade deva ser a responsabilidade de todo o humano para com o outro humano, e, portanto, de cada enfermeiro com outro enfermeiro, fazendo com que ele seja agente construtor de seu saber. Segundo Wernet (2003) o saber construído pelos próprios profissionais, consegue realmente imprimir mudanças de atitudes e colaborar com o crescimento da Enfermagem.

Aliado a esse pensamento, torna-se oportuno recomendar ao gestor municipal de saúde a adoção de uma ação política pautada na lógica do interesse coletivo, tendo como ponto de partida o comprometimento dos profissionais de saúde em pensar e agir na saúde, na perspectiva de um sistema municipal de saúde em defesa da vida.

Nesse sentido que a orientação antecipatória a respeito das vivências do puerpério deve fazer parte dos programas de assistência pré-natal, adaptando-se os

mesmos para que o pai e os avós possam participar. Estas orientações têm que transcender a dimensão biológica, incluindo a psicológica e a social. Embora acredito que a orientação em grupos seja mais eficaz. Porém não deve ser descartada a realização de orientações individuais, tendo em vista que nem todas as famílias dispõem de tempo para participar de grupos educativos. Desta forma, a atenção à saúde da mulher deve iniciar antes mesmo da concepção, através do planejamento familiar, entendido não somente como métodos de contracepção, mas de preparação para a maternidade e a paternidade. Estando esta, sempre vinculada com o resgate da gestante como futura mãe para garantir o cuidado à saúde da criança, no que tange os aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil.

Outro ponto a repensado é o cuidado humanizado à família no ciclo gravídico-puerperal, principalmente no que se refere à educação permanente de seus profissionais. As equipes de saúde precisam olhar com mais atenção para esta fase do ciclo de vida familiar, organizando formas de atenção a fim de não deixarem a família desamparada neste período. Uma das formas seria estruturar a contra-referência da família, do hospital para a Unidade Básica de Saúde, com sistema de agendamento.

A responsabilidade por estimular as famílias a se tornarem sujeitos no processo de reprodução, adquirindo autonomia e assegurando o seu direito a um atendimento humano e digno, deve fazer parte da atuação da enfermeira que atua junto aos Programas de Saúde da Família.

Para finalizar, é importante ressaltar que a formação acadêmica não pode ser esquecida, pois percebo a necessidade da inclusão do referencial de assistência à família, principalmente no âmbito domiciliar, que é essencial para que as outras considerações possam realizar-se. Neste ponto, destaco o respeito ao espaço

domiciliar, que deve ser compartilhado com a família, valorizando seus saberes e suas práticas. Constituindo-se em práticas de ensino voltadas para a atenção integral à saúde da criança. Visando uma mudança no contexto das práticas empregadas nas Unidades Básicas de Saúde, onde raramente encontram-se voltadas para os temas coletivos, centrando-se no atendimento individual, no qual busca pela integralidade das ações. Esta integralidade é, porém difícil de ser obtida nas atuais condições do sistema de saúde no Brasil. Com base nessas reflexões, considera-se como o principal desafio na atualidade para as equipes de enfermagem que atuam em Programas de Saúde a Família, atuar na implementação efetiva dos princípios do Sistema Único de Saúde, na busca do seu “fazer”, reafirmando suas competências, suas possibilidades e seus limites, valendo-se de outras disciplinas e áreas, buscando uma atuação de forma integrada a elas.

O avanço das políticas sociais, assim como a implementação de medidas de promoção de saúde e novas formas de organização das práticas nos serviços de saúde podem ter impactos positivos sobre a saúde de mães e crianças, contribuindo para incrementar a qualidade de vida. Nos serviços de atenção básica, a enfermagem pode estabelecer em sua dimensão cuidadora outros tipos de atendimento às mães e crianças, proporcionando não só o acesso, mas consolidando vínculos, acolhimento, e contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção à saúde.

Parece ser este um de nossos desafios, a construção de um projeto coerente com os princípios do SUS, de acesso e universalidade do direito à saúde, equidade e integralidade, respeitando o direito à cidadania. Um projeto no qual tomamos o homem – incluindo-nos nele – na qualidade de um ser constituído socialmente, um

ator social que tem um projeto, uma intencionalidade no fazer, e que está em uma linha de produção de fatos sociais (TESTA, 1995).

Retomando a finalidade de tal projeto, nos deparamos com outra questão chave: Qual é o impacto de nossas práticas sobre a saúde da população pela qual nos responsabilizamos? Quando esta população se tratar de crianças, que estratégias estamos utilizando para implementar ações em prol do crescimento e desenvolvimento infantil?

A abordagem assistencial da enfermagem em torno do cuidar, produz neste ato relações entre pessoas, intersubjetividades, falas, escutas e interpretações. Assim, o aprofundamento no complexo conceito cuidar, e aqui cuidar de crianças, aplicado sobre a prática contribui para uma nova organização da enfermagem na atenção primária à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.1, n.1/2, p. 7-14, jan/dez. 1999.

ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O Programa de Saúde da Família e a Reconstrução da Atenção Básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n. 1, p.98-107, jan/mar, 2001.

AVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

BARROS, M. E. *et al.* **Políticas de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: IPEA, fev. 1996.

BASTOS, A., C. de S.; TRA, L. A. B. A Família Enquanto Contexto de Desenvolvimento Humano: implicações para a investigação de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, v.3, n.1, p. 106-115, 1998.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Relações Familiares. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.8, n.2, p. 229-241, mai/ago, 1999.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – com paixão pela terra**. São Paulo: Vozes, 1999.

BOWLBY, J. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artmed, 1989.

BORDIN, T. A. **O Cuidado do Ser em Desenvolvimento: o desafio de promover famílias saudáveis na sala de vacinas.** Erechim: EdIFAPES, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Subsídios para a proteção materno-infantil.** Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde Materno-Infantil.** Brasília, Coordenação de proteção materno-infantil da Secretaria Nacional de Saúde, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - 01/96. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 06 nov. 1996. p.22.932-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família.** Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Presidente Amigo da Criança e do Adolescente: plano de ação 2004/2007.** Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/planoamigo/texto_planoamigo.doc>.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Resolução nº 3, 7 Novembro 2001. In:

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares dos cursos universitários da área da saúde**. Londrina: RDE UNIDA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAZELTON, T. B. O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artmed, 1988.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

CABRAL, I. E. O Método Criativo e Sensível: Alternativa de Pesquisa na Enfermagem. *In* GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. Dos; TAVARES, C. M. de M. **Pesquisa em enfermagem – Novas Metodologias Aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos De Atenção À Saúde: A Organização De Equipes De Referência Na Rede Básica Da Secretaria Municipal De Saúde De Betim, Minas Gerais. *In*: Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Pacto pela Paz**: propostas aprovadas na plenária final da IV Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/pacto.pdf>>.

DIAS, S. M. Z. Participação da Família no Processo de Cuidado da Criança Hospitalizada: vivências de enfermeiras. Porto Alegre: UFRGS. Dissertação (Mestrado), 2001.

ELSEN, I. Cuidado familiar uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In*: ELSEN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. R. S. (ORG.). **O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ELSEN, I. **Marcos para a Prática de Enfermagem com Famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ELSEN, I.; MARCON, S.S. A enfermagem com um novo olhar ... a necessidade de enxergar a família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.1, n.1/2, p. 21-26, jan/dez. 1999.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. A Prática de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança em Unidade Básica de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n.4, p.544-51, jul/ago, 2003.

FIGUEIREDO, N.; SANTOS, I.; SOBRAL, V.; SILVA Jr.,O. C. **O cuidado lugar da invenção de um novo paradigma científico**. ANAIS do 6 ENFTEC. São Paulo, 1998. CDRON, p.606-610.

GROISMAN, M.; LOBO M. V. Terapia familiar na infância, crise do ciclo vital e autismo. In: **Temas em terapia familiar**. São Paulo: Plexus, 1994.

KLAUS, M. H. & KENNEL, J. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LE BOULCH, J. **O Desenvolvimento Psicomotor do Nascimento aos 6 anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora – o corpo na linguagem**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LEWIS, M.; WOLKMAR, F. **Aspectos Clínicos do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LOPES, G. T. & cols. **Reflexões Sobre a Pesquisa Qualitativa na Enfermagem**. Caderno de Enfermagem nº 1, Rio de Janeiro: ABEN, 1998.

LOWREY, G. H. Hereditary and environmental factors. In: **Growth and development of children**. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: :Abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

MACHADO, M. E. **Atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: um estudo na perspectiva do programa Pra-Nenê.** Porto Alegre: UFRGS. Dissertação (Mestrado), 2003.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e Paternidade.** Petrópolis: Vozes, 1989.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica.** 8ª edição. São Paulo: Sarvier, 1992.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 233-241, jan/fev.,2001.

MATURANA, H. As bases biológicas do aprendizado. **Revista Dois Pontos.** Primavera, p. 64-70, 1993.

MEDEIROS, C. R. G. **As Vivências da família no retorno o lar com o primeiro filho.** Porto Alegre: UFRGS. Dissertação (Mestrado), 2001.

MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. Engravitando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de **Construção social da demanda:** direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MIRANDA, M. I F. de; FERRIANI, M. das G. C. **Políticas Públicas Sociais para Crianças e Adolescentes.** Goiânia: AB Editora, 2001.

MOTTA, M. G. C. da; LUZ, A. M. H. Família como Unidade de Desenvolvimento Humano e Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, v.1, n.2, supl. p. 24-7, 2003.

MOTTA, M. G. C. da **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais.** Florianópolis: UFSC. Tese (Doutorado), 1998.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Pelotas: Ed. Universitária, 1999.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: práticas de saúde a serviço da vida.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

OLIVEIRA, I. C. dos S. **Da Mãe Substituta à Enfermeira Pediatra.** Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

OLIVEIRA, V. T de; CASSIANI, S. H. de B. O Processo de Administração de Medicamentos Injetáveis em Crianças sob a Perspectiva da Interação Mãe, Criança e Auxiliares de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.5, n.4, p. 61-7, out/dez, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **LA enfermería de Salud Pública y las Funciones Esenciales de Salud Publica:** bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Washington: OPAS, 2002.

OSÓRIO, L. C. **Família Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PERES, E. M. A Estratégia Saúde da Família e sua ajuda na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 6, suplemento n.1, p.115-124, dez., 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** Métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, vol.10, no.5, p.709-714, Out/ 2002.

ROCHA, S.M.M. **Puericultura e enfermagem,** São Paulo: Cortez, 1987.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a intersetorialidade. ENCONTRO ESTADUAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, I, Canoas, RS,1998. **Programa e Resumos.** Canoas, Rio Grande do Sul, 1998.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; AMORIM, K. de S.; SILVA, A. P. S. da; CARVALHO, A. M. A. **Rede de Significações e o Estudo do Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTIN, S. **Educação Física: ética, estética, saúde**. Porto Alegre: Ed. Est., 1995.

SBERSE, L. **O Programa de Saúde da Família na Ótica de Trabalhadores e Usuários de Saúde**. Monografia de Especialização em Saúde da Família. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2004.

SIGAUD, C. H. **Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, E. M.; NOZAWA, M. R.; SILVA, J. C.; CARMONA, S. A. M. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 989-998, jul/ago.,2001.

SILVA, M. J. P. da **Comunicação Tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SILVA, M. R. F. da; JORGE, M. S. B. Prática dos Profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 5, p. 549-555, set/out. 2002.

SOUZA, H. M. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: **Relatório Final**. Brasília: Coordenação de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999.

SPITZ, R. A. **O Primeiro Ano de Vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SUÁREZ OJEDA, E. N. Desenvolvimento integral da criança. In: BENGUIGUI, Y. *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington, DC: OPAS, 1997.

TANNER, J. M. The interacion of heredity and enviroment in control of growth. In: **Foets into man**. Chicago: Ware, Castlemead Publications, 1989.

TAVARES, C. **A poética do cuidar**. Rio de Janeiro: SENAI, 1999.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação**. O Caso da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 1988.

THUMÉ, E. **Práticas dos enfermeiros na atenção básica em saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado), 2000.

TYERRELL, M. A. **Programas Nacionais de Saúde Materno Infantil: impacto político-social e a inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1993.

UNICEF, REDE DE MONITORAMENTO AMIGA DA CRIANÇA, CONSELHONACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO. Ata do seminário “**Um Brasil para as Crianças e Adolescentes - A Sociedade Brasileira Monitorando os Objetivos do Milênio Relevantes para a Infância e a Adolescência**”, 2004, Brasília. Arquivo eletrônico. CD Room.

VIANA, A. L; DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil - Análise da formulação e implementação do programa de saúde da família. **Série Estudos em Saúde Coletiva: 166**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.

WALDOW, V. R. Examinando o Conhecimento na Enfermagem. In MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; **Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista Escola Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 37 n. 1, p. 19-25, 2003.

WINNICOTT, D. W. Tudo Começa em Casa. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WHALEY & WONG. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Tese (Doutorado), 2005.

ZANOLLI, M. de L.; MERHY, E. E. A Pediatria Social e as suas apostas reformistas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, jul/ago.,2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A –

Refletindo sobre a Proposta Pacto Pela PAz

Em agosto de 2003, Governo, Organismos Internacionais e Organizações da Sociedade Civil se reuniram em Brasília para o que seria a primeira etapa do acompanhamento dos compromissos assumidos no ano anterior: a construção dos indicadores que seriam adotados para o monitoramento das metas para a infância e para a adolescência até 2010.

Para responder aos compromissos internacionais e, principalmente, para atender à provocação de toda a sociedade brasileira em torno de um compromisso nacional para a construção de um País mais adequado às necessidades e às possibilidades de suas crianças. De acordo com o Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança, em dezembro de 2003 o Governo Federal apresentou à sociedade brasileira, durante a V Conferência do CONANDA, o Plano de Ação **Presidente Amigo da Criança e do Adolescente** para o período de 2004 a 2007, por meio do qual procura apontar suas estratégias para superar o desafio prioritário de “reduzir a vulnerabilidade das crianças e de adolescentes em relação a todas as formas de violência, aprimorando os mecanismos de efetivação de seus direitos”.

O Plano Presidente Amigo da Criança (PPAC), está estruturado em torno de quatro grandes compromissos, detalhados no quadro a seguir. Esses compromissos, por sua vez, se articulam com os nove eixos propostos no Pacto pela Paz (PPAZ) do CONANDA, criando uma agenda mais ampla e compreensiva que poderia ser

considerada, tendo como referências os três documentos, uma proposta do governo e da sociedade brasileira para a construção de **um Brasil para as crianças e para os adolescentes**. O quadro apresentado na seqüência , permite uma análise comparativa dos três documentos e a compreensão de suas inter-relações.

Quadro Comparativo entre Metas, Desafios e Estratégias para a Promoção de Vidas Saudáveis

<p>Metas do Um Mundo para as Crianças</p>	<p>a) Reduzir, no mínimo, em 1/3 a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos até 2010, como um primeiro passo para reduzir essas taxas em 2/3 até 2015.</p> <p>b) Reduzir no mínimo em 1/3 a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em ¾ até 2015.</p> <p>c) Reduzir no mínimo 1/3 a desnutrição das crianças menores de 5 anos de idade, com especial atenção às crianças com menos de 2 anos de idade e reduzir no mínimo 1/3 a taxa de crianças com baixo peso ao nascer.</p> <p>d) Reduzir no mínimo 1/3 o número de lares que não possuem saneamento e água potável a preços acessíveis.</p> <p>e) Desenvolver e implementar políticas nacionais de desenvolvimento infantil e programas que assegurem o desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual, psicológico e cognitivo das crianças.</p> <p>f) Elaborar e implementar políticas e programas nacionais de saúde para adolescentes, incluindo metas e indicadores para promover sua saúde mental e física.</p> <p>g) Dar acesso, o quanto antes e não posterior a 2015, a serviços de saúde reprodutiva a todas as pessoas com idade apropriada, por meio de sistemas de atenção primária à saúde.</p>
<p>Desafios do Plano Presidente Amigo da Criança</p>	<p>a) Redução da mortalidade infantil.</p> <p>b) Redução da mortalidade materna e atenção à saúde reprodutiva.</p> <p>c) Segurança alimentar e combate à desnutrição.</p> <p>d) Atenção à saúde e ao desenvolvimento da criança e do adolescente.</p>
<p>Compromissos e Estratégias do Pacto pela Paz (Resumo)</p>	<p>a) Incentivar e apoiar programas de promoção e ações básicas de saúde em nível familiar e comunitário, realizados por redes de ONGs e OGs.</p> <p>b) Assegurar serviços de saúde especializados para a prevenção, diagnóstico e tratamento integral à criança e ao adolescente com necessidades especiais.</p> <p>c) Garantir à gestante o atendimento integral no pré e perinatal e assegurar o atendimento pediátrico na sala de parto.</p> <p>d) Garantir acesso, qualidade e humanização nos serviços de saúde.</p> <p>e) Garantir políticas públicas de saúde, pelo financiamento e apoio técnico aos Estados e municípios, priorizando os programas de prevenção, promoção e tratamento aos usuários de substância psicoativa, garantindo capacitação continuada dos profissionais envolvidos.</p>

Fonte: UNICEF, 2004.

Partindo da definição de que um mundo digno para as crianças é aquele em que cada criança recebe o melhor para o início de sua vida, ao estabelecer as metas, as estratégias e as ações necessárias para a sua construção, o documento **Um Mundo para as Crianças** colocou a promoção de vidas saudáveis como o primeiro eixo de seu plano de ação. O Governo Brasileiro respondeu às metas propostas com a definição de quatro desafios que viriam a permitir, segundo o Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, “a produção de mudanças na situação de saúde e na qualidade de vida desse segmento da população, com a ampliação e a qualificação dos serviços prestados” (PPAC, pg. 16). Sua proposta parte de um modelo lógico que, colocando a redução da mortalidade infantil como seu principal objetivo, procura identificar suas principais causas para poder construir uma estratégia de ação que, efetivamente, venha a procurar impactos significativos sobre essa problemática. De acordo com o Censo 2000 do IBGE, o número de crianças e adolescentes na faixa dos 0 aos 17 anos, segmento prioritário da estratégia mundial em questão, já superava os 60 milhões e representava cerca de 36% da população brasileira. Como consequência, os programas e políticas públicas para crianças e adolescentes, para se mostrarem efetivas, precisam dar conta de metas da mesma ordem de grandeza.

A oferta de políticas de qualidade para o desenvolvimento infantil e para adolescentes, ainda pouco frequentes entre as ações de saúde no País, complementa as metas recomendadas.

O Governo Federal, no Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, reconhece a redução da mortalidade infantil como um dos desafios que precisam ser superados com o intuito de se promover vidas saudáveis no Brasil. Destaca que durante a última década a taxa de mortalidade infantil sofreu uma redução de 38%,

trazendo a média nacional para 27,8 óbitos por mil crianças nascidas vivas.

Reconhece, entretanto, que quando comparada com as taxas encontradas em países econômica e socialmente desenvolvidos, sempre abaixo de 10 por 1000, a taxa brasileira ainda é muito elevada (BRASIL, 2002).

Para fazer frente ao desafio de reduzir a mortalidade o Plano parte da premissa de que a redução da mortalidade infantil é “parte de uma tendência de longo prazo que está associada a um complexo conjunto de fatores demográficos, sanitários, econômicos e sociais”(PPAC, pg. 16) e se compromete a reduzir a taxa atual para 24 óbitos por mil nascimentos em 2007 (PPAC, pág. 17). O plano de ação do Governo Federal, entretanto, afirma que sua estratégia visa “reforçar a tendência de queda da taxa de mortalidade infantil” (PPAC, pág. 17). Para tanto, entre as ações previstas para alcançar esse resultado aponta a intensificação das ações voltadas para a criança em função do aumento da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e do reforço das ações do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a cobertura vacinal ou mesmo o número de famílias beneficiadas pela transferência de renda. Estes indicativos podem ser traduzidos pela necessidade da criação de políticas mais efetivas, que reforcem a tendência histórica de redução das taxas de mortalidade infantil e na infância, de modo que seja possível ao Brasil atingir as metas do **Um Mundo para as Crianças**.

No seu arrazoado inicial para o cumprimento da meta em torno do desenvolvimento e implementação de políticas nacionais de desenvolvimento infantil e programas que assegurem o desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual, psicológico e cognitivo das crianças, o governo afirma que

“as ações do governo no âmbito da atenção à saúde deste segmento populacional têm como eixos principais a vigilância às suas condições de saúde, o seu crescimento e desenvolvimento e o incremento da qualidade dos serviços que o atinge em todos os níveis” (PPAC, pg. 20).

O Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente traz como indicadores e metas para o desafio: a redução do percentual de óbitos por doença infecciosa ou parasitária ou por infecção respiratória aguda nos menores de 5 anos de idade, fazendo com que ele se reduza de uma taxa de 14,8% para 12,3%; a redução na taxa de mortalidade por causas externas da população de 10 a 19 anos em 10,7%, fazendo com que ela saia de 46,7 por 100.000 (em 2000) para 41,7 em 2007; e, a ampliação da parcela da população brasileira atendida pelas equipes do Programa Saúde da Família, que passaria dos atuais 31,9% para 70% até o ano de 2007.

A opção pelos dois primeiros indicadores (mortalidade por doenças infecciosas e mortalidade por causas externas) está associada à suposição de que avanços em termos das políticas para o desenvolvimento da infância e para atender os adolescentes vai produzir impactos sobre essas variáveis, sendo a primeira reflexo dos resultados sobre a infância e a segunda, embora não exclusivamente, retrataria os impactos das políticas para os adolescentes.

Na prática, as ações compreendidas para a Atenção à Saúde e ao Desenvolvimento da Criança e do Adolescente foram elaboradas e propostas pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, no ano de 2004, através da apresentação de uma **Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Este documento apresenta-se no formato de orientação para a ação dos profissionais de saúde que atuam junto à criança, ressaltando o enfoque da atenção para um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo.

Em resposta a demanda levantada, a política de saúde criada, endossa as práticas que privilegiem o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com o enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes.

A inovação da proposta sugere um olhar para além da doença:

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. (BRASIL, 2004, p.8)

Conforme as diretrizes da Agenda de Compromissos (BRASIL, 2004), a organização de uma rede integrada de assistência deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade. Deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família. Assumindo o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, é apresentada a linha de cuidado integral da saúde da criança com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis.

Este documento apresenta, inicialmente, os principais eixos de ação a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à criança, que já comprovaram

eficiência em diversos estudos e experiências locais na qualificação da assistência à criança, no enfrentamento dos seus principais problemas de saúde e na redução da mortalidade infantil. Sendo eles: 1) Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; 2) Acesso universal; 3) Acolhimento; 4) Responsabilização; 5) Assistência integral; 6) Assistência resolutiva; 7) Equidade; 8) Atuação em equipe; 9) Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; 10) Participação da família/control social na gestão local, e; 11) Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Universidade Federal do Rio Grande do Sul****Escola de Enfermagem****Mestrado em Enfermagem**

PROJETO DE PESQUISA: “Cuidado Integral à Saúde da Criança – Estratégias de Enfermeiras”.

PESQUISADORA: Enf^a Tanara Leonardelli Michielin

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Estudo realizado para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, que tem por objetivo: identificar as estratégias utilizadas por enfermeiras de Programas de Saúde da Família, para a realização do cuidado integral à saúde da criança. Para alcançar este objetivo serão realizados quatro encontros com a pesquisadora e demais enfermeiras, utilizando as dinâmicas de criatividade e sensibilidade para coletar informações referentes ao objetivo deste estudo, onde serão gravadas em fita cassete.

As informações coletadas serão organizadas, analisadas, discutidas e publicadas, respeitando eticamente, o anonimato das participantes. O estudo acontecerá no primeiro semestre de 2005, no anfiteatro da Secretaria Municipal da Saúde, no bairro Botafogo, na cidade de Bento Gonçalves, com uma hora de duração, com horário conforme disponibilidade da participante.

Eu, _____ aceito participar desse estudo, proposto pela enfermeira e pesquisadora acima. Declaro que fui informada de forma clara e detalhada sobre os objetivos deste estudo; fui igualmente informada da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida que tenha; da liberdade de

retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso traga prejuízo a minha pessoa; ter a liberdade de não mais participar da pesquisa se isso for de minha vontade e a segurança de que não serei identificada no estudo, no qual será mantido o anonimato.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Telefone para contato com a Pesquisadora: (54) 9116-7802 ou (54) 453-8284

Telefone para contato com a Orientadora: (51) 9987-4136 ou (51) 3331-4016

Data e local: ____/____/____ Local _____

Obs.: Este documento será assinado e apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para a participante do estudo.