

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**FRANCISCA GEORGINA MACÊDO DE SOUSA**

**TECENDO A TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE: DOS SEUS CONTORNOS AO ENCONTRO COM A INTEGRALIDADE**

**FLORIANÓPOLIS  
2008**

### Ficha Catalográfica

S 725t Sousa, Francisca Georgina Macêdo de  
Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica  
de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a  
integralidade, 2008 [Tese] / Francisca Georgina Macêdo de  
Sousa – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.  
333 p.

Inclui bibliografia.

Possui Tabelas.

Possui Figuras

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Níveis de Atenção à Saúde.  
3. Saúde da Criança. I. Autor.

CDU – 616-083

**FRANCISCA GEORGINA MACÊDO DE SOUSA**

**TECENDO A TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
SAÚDE: DOS SEUS CONTORNOS AO ENCONTRO COM A INTEGRALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS  
2008**

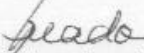
**FRANCISCA GEORGINA MACÊDO DE SOUSA**

**TECENDO A TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: DOS SEUS CONTORNOS AO ENCONTRO COM A INTEGRALIDADE**


Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

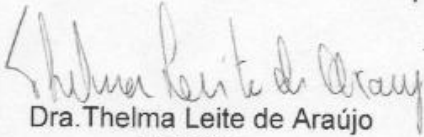
**Doutor em Enfermagem**

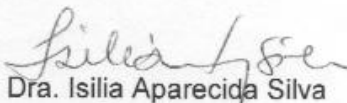
E aprovada na sua versão final em 13 de outubro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

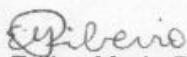
  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

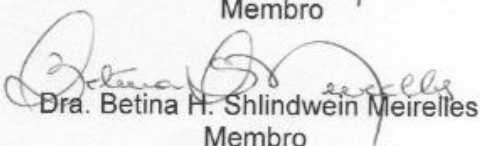
**BANCA EXAMINADORA:**

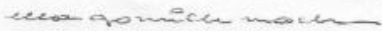
  
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Presidente

  
Dra. Thelma Leite de Araújo  
Membro

  
Dra. Isilia Aparecida Silva  
Membro

  
Dra. Edilza Maria Ribeiro  
Membro

  
Dra. Betina H. Shindwein Meirelles  
Membro

  
Dra. Elba Gomide Mochel  
Membro

Dra. Vania Marli Schubert Backes  
Suplente

Dra. Maria do Céu Barbieri de Figueiredo  
Suplente

*Dedico esta Tese*

*A minha mãe Maria do Socorro;*

*A minha filha Thaís;*

*As famílias e crianças por quem me esforço a dispensar um cuidado*

*singular e plural.*

## AGRADECIMENTOS

E, eu na UFSC... era tudo que queria. Aproveitei para mergulhar na experiência de ser estudante disposta a desaprender e a reaprender por meio de tentativas, erros e incertezas. Ao chegar aqui, recordo-me de pessoas e de momentos que, pela presença e companhia passaram a fazer parte de forma efetiva do meu percurso no doutoramento. A caminhada, em nenhum momento, foi solitária. Reconheço que minha tese dependeu da colaboração de muitas presenças. A família, os amigos, as orientadoras, os professores, os colegas, os participantes do estudo sempre estiveram ao meu lado. As palavras, o incentivo, a confiança, a atenção, o carinho e a disponibilidade de todos foram sempre a minha companhia.

É o momento de reconhecer e agradecer àqueles que junto comigo partilharam das alegrias, das conquistas, e assim contribuíram para este momento da minha formação acadêmica, profissional e pessoal. Chegou hora de devolvê-lo às pessoas que, pela forma como colaboraram e participaram, tornaram-no possível.

### **Agradeço:**

*À Universidade Federal do Maranhão – UFMA e ao Departamento de Enfermagem por me permitir cursar o doutoramento afastada das minhas funções de docente;*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, por me acolher como doutoranda e permitir a construção do conhecimento com compromisso ético e profissional;*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento dos meus estudos no Brasil e em Portugal;*

*À Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – SEMUS – pela liberação integral das minhas atividades assistenciais e por autorizar a coleta dos dados nas Unidades Básicas de Saúde da rede municipal;*

*À Divisão da Mulher e da Criança da Secretaria Estadual de Saúde pelo apoio concedido, pela companhia e carinho das colegas;*

Aos *amigos da Turma 2005.1 do PEN/UFSC*, pela convivência e de, com eles, poder compartilhar saberes e experiências. A cada encontro nos contagiávamos na busca de novas descobertas;

À *Professora Alacoque Lorenzini Erdmann*, minha orientadora, cujas contribuições não são fáceis de enumerar, pois superaram as expectativas e os limites da generosidade. Só me foi possível progredir pelo fato dela estar sempre presente. As leituras, as conversas alegres e dinâmicas revelaram minhas ignorâncias e incitaram-me a buscar reaprender. Lembro como foi difícil no início, acatando as suas sugestões, fazer as leituras das obras de Edgar Morin. Apresentou-me críticas sempre no intuito de uma maior aproximação com o meu objeto de investigação. Encontrei nela não só a confiança, o apoio e o estímulo, mas também a amizade. Obrigada, sobretudo, por acreditar em mim;

À *Professora, Dra. Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo*, pela orientação durante o Doutorado Sanduíche e por me permitir compartilhar suas experiências e seus conhecimentos;

Ao *Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)*, em especial ao *Professor Paulo José Parente Gonçalves (Presidente)*, à *Professora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos* e à *Professora Maria Manuela Ferreira Silva Martins* pela acolhida em Portugal e na ESEP;

Às *Professoras, Dra. Thelma Leite de Araújo, Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira Mello*, membros da banca de Exame de Qualificação, pelas sugestões que me permitiram aclarar, podar e melhor explicitar o objeto do estudo e os meios para alcançar os resultados;

Às *Professoras, Thelma Leite de Araújo, Isilia Aparecida Silva, Edilza Maria Ribeiro, Betina Horner Shlindwein Meirelles, Vânia Marli Schubert Backes, Elba Gomide Mochel e Maria do Céu Barbieri de Figueiredo* pelo aceite em participar, como examinadoras, da minha Tese;

Aos *integrantes do Grupo de Estudos em Administração Enfermagem e Saúde (GEPADES)*, os quais nos nossos encontros ofereceram críticas excepcionalmente pertinentes e que muito contribuíram para melhorar o estudo e pelas quais estou agradecida;

**Quero referir-me com destaque:**

A *Dirce Stein Backes e Magda Koerich Santos*, pelos nossos estimulantes, motivadores e produtivos encontros acadêmicos. Pela amizade conquistada, pelo acolhimento e pelas orações. Serei sempre grata;

A *Helena Vaghetti Heidtmann*, pelo otimismo, alegria contagiante e companheirismo. Você foi amiga em todo o processo. A você um imenso sentimento de carinho pela amizade acumulada;

A *Sandra Márcia Schmidt*, pelas vezes que, com o seu sorriso largo, me convencia de que doutorado não se resume a uma Tese e assim me fazia desacelerar;

A *Ana Rosete, Jerônimo, Eduardo; Ana Farias, Carlos, Sofia e D. Isolina*, pelo carinho e atenção;

Aos *professores do PEN/UFSC*, e, em especial a *Dra. Denise Elvira Pires de Pires*, pelo carinho, pelo abraço acolhedor, pela sua competência que me permitiu refletir, construir e reconstruir processos de cuidado/cuidar e pelas contribuições na validação do modelo teórico desta Tese;

A *Gabriela Marcelino e Juliana Lessmann* que, quando dos nossos primeiros contatos, eram ainda alunas no início da graduação e agora são quase Mestres;

Aos *funcionários do PEN/UFSC*, em especial a *Claudia Crespi Garcia* que no decorrer do curso de doutorado atendia prontamente às solicitações e providenciava todos os encaminhamentos necessários. Você é exemplo de competência, dedicação e eficiência;

Aos *sujeitos da pesquisa*, pois reconheço que participar de um estudo requer motivação e disponibilidade para ser entrevistado. Vocês foram mais que sujeitos, vocês foram “participantes”. Cada pedaço dessa tese tem um pouco-muito de vocês;

A *Rosemary Ribeiro Lindholm* (minha mestre), a *Dra. Monica Elinor Gama* e a *Janeth Nakatani*, pelas contribuições na validação do modelo teórico;



*Aos alunos da graduação e pós-graduação em Enfermagem da UFMA com quem compartilho minhas experiências e meus conhecimentos, esperando fortalecê-los no cuidado à saúde;*

*Aos colegas de trabalho, enfermeiros, médicos, bioquímicos, assistentes sociais, nutricionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogas... com quem divido meus sonhos e compartilho esperanças;*

*A minha família e, em especial:*

*A minha filha Thaís minha vida, meu tudo;*

*Ao Aureliano que aprendi a amar como filho;*

*A minha mãe Maria do Socorro, pela dedicação de mãe e companheira. Agradeço pelo carinho, atenção e confiança;*

*A minha irmã Magda Cristina, companheira e amiga de todas as horas. Aos meus irmãos, Sebastião e Maurício que, embora afastados, demonstram carinho e amor. Aos meus sobrinhos e sobrinhas, pelo carinho;*

*À família portuguesa, Delfim, Rosa, José, Solange e José Macedo, que me adotaram nos seis meses em que a distância da minha família me angustiava. A atenção e o carinho de vocês tornaram mais leves os meus dias em Portugal;*

*À Ilda Fernandes Verganista que, em Portugal me fez companhia, aliviou minhas tristezas em alegres saídas pela cidade do Porto e arredores. Encontramos-nos também em dinâmicas construções do conhecimento em enfermagem e no cuidado a criança. Obrigada por ter facilitado meu acesso ao Hospital Infantil Maria Pia.*

*Creio que o melhor presente que posso receber dos outros*

*é ser ouvido por eles,*

*escutado por eles,*

*compreendido por eles*

*e tocado por eles.*

*O melhor presente que posso dar*

*é o de ouvir,*

*escutar, compreender*

*e tocar uma outra pessoa.*

*Quando isso acontece, tenho o sentimento de estar em contato.*

*(Satir, 1976, p. 1)*

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de Sousa. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Administração de Enfermagem e Saúde

## RESUMO

A organização do cuidado a criança na ABS na perspectiva da integralidade deve sustentar-se em um agir compartilhado enriquecido por subjetividades de profissionais e família em um trabalho que tem por objetivo promover a saúde da criança e atender às características peculiares do crescimento e do desenvolvimento infantil. A integralidade do cuidado como objeto desta investigação foi delimitado a partir das políticas de atenção a criança no SUS e da organização e gestão do cuidado no PSF. O estudo teve como objetivo construir um modelo teórico explicativo da integralidade do cuidado a criança na ABS a partir dos significados atribuídos por profissionais e mães. O estudo foi guiado pelo referencial metodológico da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados. O pensamento complexo de Edgar Morin foi utilizado na análise e na construção do Modelo Teórico. Foram sujeitos da investigação gestores municipais e estaduais da saúde, chefes e coordenadores de serviços da atenção a criança das secretarias estaduais e municipais de saúde, coordenadores de curso de enfermagem e medicina, enfermeiros e médicos do PSF e mães de crianças atendidas em unidades do Saúde da Família do município de São Luís - MA. Totalizaram 29 sujeitos que constituíram cinco grupos amostrais. A entrevista semi-estruturada foi o instrumento utilizado para a coleta de dados. A seleção dos sujeitos, a coleta e a análise seguiram os pressupostos da Grounded Theory. O processo da investigação foi desenvolvido pela coleta e análise simultânea e comparativa dos dados e orientado pela codificação, ordenação, integração dos conceitos, amostragem e saturação teórica. As entrevistas, os memorandos e os diagramas constituíram o material empírico da investigação. Desse processo emergiu seis categorias: Modelando a Integralidade do Cuidado na ABS, Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança, Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na ABS, Qualificando o Cuidado à Criança, Traçando o Caminho da Integralidade entre Dificuldades, Possibilitando a Emergência do Novo. O fenômeno foi definido pela integração das categorias e nomeado como Perspectivando a Integralidade do Cuidado a Criança na ABS em Contexto de Mudanças. A teoria substantiva foi construída por um nível de abstração que revela a transversalidade, integração e correspondência entre as categorias e representada por um modelo que se caracteriza pela interseção de unidades independentes que interagem formando um todo. Tende a variabilidade e ao múltiplo e está atravessado por um campo de movimentos diversos e dinâmicos produzindo forças que delineiam a integralidade do cuidado a criança na ABS. É um modelo que dá significação à produção do cuidado a partir das tecnologias relacionais organizadas por atitudes e subjetividades do trabalho e do cuidado à criança.

**Descritores:** Enfermagem; Saúde da Criança; Cuidado da Criança; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Pediátrica; Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Níveis de Atenção à Saúde.

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. **Weaving the Web of Pediatric Care in Brazilian Basic Health Care Services: from its contours to achieving integrality.** 2008. 333 p. PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2008.

## ABSTRACT

Organizing pediatric care in the ABS within the perspective of integrality should sustain itself within a shared action, enriched by subjectivities from professionals and family members in work whose objective is to promote children's health and to attend to the peculiar characteristics of growth and infantile development. The integrality of the care as an object of this investigation was outlined based on pediatric care policies of the SUS (Brazilian Federal Health Care System) and the organization and management of care in the Family Health Program. The objective of this study was to construct an explicative theoretical model of integrality of pediatric care in the ABS, as of the meanings attributed by professionals and mothers. This study was guided by the Grounded Theory methodological reference. The complex things of Edgar Morin was utilized in analysis and the construction of the Theoretical Model. Municipal and State health care managers, chiefs and coordinators of pediatric care services from state and municipal health care secretaries, coordinators of nursing and medical schools, nurses and physicians from the Family Health Program, and mothers and children attended in units of the Family Health Care services of São Luis, MA, Brazil. In all, 29 subjects constituted five sample groups. The open interview was the instrument utilized for data collection. The selection of the subjects involved, data collection, and data analysis followed the assumptions of the Grounded Theory. The investigative process was developed by the simultaneous collection and analysis, as well as comparative data analysis, oriented by the codification, ordering, and integration of concepts, sampling, and theoretical saturation. Semi-structured interviews, memorandums, and diagrams constituted the empirical material of the investigation. From this process, six categories emerged: Modeling Integrality in ABS Care, Incorporating Mediating Attitudes for Pediatric Care, Overcoming the Obstacles of Pediatric Care in the ABS, Qualifying Care Modes, Tracing the Path of Integrality among Difficulties, and Making the Emergence of the New Possible. The phenomenon was defined by integration of the categories and named *Perspectiving the Integrality of Pediatric Care of the ABS in the Context of Changes*. The substantive theory was constructed by a level of abstraction which reveals transversality, integration, and correspondence among the categories, as well as is represented by a model which is characterized by the intersection of independent units which interact, forming a single entity. It tends to variability and to the multiple. It is a model that is traversed by a field of diverse and dynamic movements, producing forces that outline the integrality of pediatric care in the ABS. It is a model which gives meaning to the production of care as of related technologies organized by attitudes and subjectivities of the work and of the pediatric care.

**Keywords:** Nursing; Pediatric Health Care; Care for Children; Community Health Nursing; Pediatric Nursing; Health Care Assistance; Integral Health Care Assistance; Primary Care; Levels of Attention to Health Care

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de Sousa. **Tejiendo la Tela del Cuidado al niño en la Atención Básica de Salud:** de sus contornos al encuentro con la integralidad. 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

## RESUMEN

La organización del cuidado al niño en la ABS en la perspectiva de la integralidad debe sustentarse en un actuar compartido enriquecido por subjetividades de profesionales y familia en un trabajo que tiene por objetivo promover la salud del niño y atender las características peculiares del crecimiento y del desarrollo infantil. La integralidad del cuidado como objeto de esta investigación fue delimitado a partir de las políticas de atención al niño en el SUS y de la organización y gestión el cuidado en el PSF. El estudio tuvo como objetivo construir un modelo teórico explicativo de la integralidad del cuidado al niño en la ABS a partir de los significados atribuidos por profesionales y madres. El estudio fue guiado por el referencial metodológico de la Grounded Theory o Teoría Fundamentada en los Datos. El pensamiento complejo de Edgar Morin fue utilizado en el análisis y en la construcción del Modelo Teórico. Fueron sujetos de la investigación gestores municipales y estatales de salud, jefes y coordinadores de servicios de atención al niño de las secretarías estatales y municipales de salud, coordinadores del curso de medicina y enfermería, enfermeros y médicos del PSF y madres de niños atendidos en unidades de Salud de la Familia del municipio de São Luís - MA. En total 29 sujetos que constituyeron cinco grupos muestrales. La entrevista semi-estructurada fue el instrumento utilizado para la recolección de información. La selección de los sujetos, la recolección y el análisis siguieron los presupuestos de la Grounded Theory. El proceso de la investigación fue desarrollado por la recolección y análisis simultáneo y comparativo de los datos y orientado por la codificación, ordenación, integración de los conceptos, muestreo y saturación teórica. Las entrevistas, los memorandos y los diagramas constituyeron el material empírico de la investigación. De ese proceso emergieron seis categorías: Modelando la integración del Cuidado en la ABS, Incorporando Actitudes Mediadoras para Cuidar del niño, Recorriendo los Contornos del Cuidado al niño en la ABS, Cualificando los Modos de Cuidado, Trazando el Camino de la Integralidad entre Dificultades, Posibilitando la Emergencia de lo Nuevo. El fenómeno fue definido por la integración de las categorías y nominado como Perspectivando la Integralidad del Cuidado al niño en la ABS en Contexto de Mudanzas. La teoría substantiva fue construida por un nivel de abstracción que revela la transversalidad, integración y correspondencia entre las categorías y representada por un modelo que se caracteriza por la intersección de unidades independientes que interactúan formando un todo. Tiende la variabilidad y a lo múltiplo y está atravesado por un campo de movimientos diversos y dinámicos produciendo fuerzas que delimitan la integralidad del cuidado al niño en la ABS. Es un modelo que da significación a la producción del cuidado a partir de las tecnologías relacionales organizadas por actitudes y subjetividades del trabajo y del cuidado al niño.

**Palabras claves:** Enfermería; Salud del Niño; Cuidado del Niño; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería Pediátrica; Prestación de Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Atención Primaria de Salud; Niveles de Atención de Salud.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABS</b>	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
<b>ACS</b>	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
<b>AIDPI</b>	ATENÇÃO INTEGRAL AS DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA
<b>APS</b>	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
<b>CIB</b>	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
<b>CIT</b>	COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
<b>DAB</b>	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
<b>DAE</b>	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
<b>DAPE</b>	DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
<b>ECA</b>	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
<b>ESF</b>	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
<b>FEBEM</b>	FUNDAÇÃO ESTADUAL DE BEM-ESTAR AO MENOR
<b>FUNABEM</b>	FUNDAÇÃO NACIONAL DE BEM-ESTAR
<b>INAMPS</b>	INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
<b>LOAS</b>	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
<b>MS</b>	MINISTÉRIO DA SAÚDE
<b>NOAS</b>	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
<b>NOB</b>	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
<b>OMS</b>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
<b>ONU</b>	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
<b>PAB</b>	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA
<b>PACS</b>	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
<b>PAISC</b>	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA CRIANÇA
<b>PDR</b>	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
<b>PNH</b>	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

<b>PSF</b>	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
<b>SAS</b>	SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
<b>SBP</b>	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
<b>SUS</b>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<b>TFD</b>	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS
<b>TRO</b>	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL
<b>UBS</b>	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
<b>UNICEF</b>	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS A FAVOR DA INFÂNCIA
<b>USF</b>	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Mecanismos do processo de análise dos dados na TFD .....	<b>94</b>
<b>Figura 2:</b> Características da análise na TFD .....	<b>95</b>
<b>Figura 3:</b> Processo de Análise dos Dados na TFD.....	<b>96</b>
<b>Figura 4:</b> Sumário explicativo do processo de análise .....	<b>100</b>
<b>Figura 5:</b> Pirâmide Etária da população de São Luís – Ma. ....	<b>108</b>
<b>Figura 6:</b> Diagrama Entrevista 1 .....	<b>129</b>
<b>Figura 7:</b> Diagrama Entrevista 3.....	<b>129</b>
<b>Figura 8:</b> Diagrama Entrevista 10.....	<b>130</b>
<b>Figura 9:</b> Diagrama Entrevista 15.....	<b>130</b>
<b>Figura 10:</b> Estruturando o Modelo Paradigmático .....	<b>132</b>
<b>Figura 11:</b> Esquema explicativo do processo de análise da TFD.....	<b>134</b>
<b>Figura 12:</b> Relatando o Fenômeno.....	<b>237</b>
<b>Figura 13:</b> Modelo Integrativo das Categorias e os respectivos elementos teóricos da Teoria Substantiva.....	<b>241</b>
<b>Figura 14:</b> Tecendo a Teia da Integralidade do Cuidado à Criança na ABS .....	<b>281</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Mortalidade proporcional segundo grupo de causas em São Luis – MA .	<b>109</b>
<b>Quadro 2:</b> Internações por grupos de causas e faixa etária em São Luís – MA.....	<b>109</b>
<b>Quadro 3:</b> Indicadores da Atenção Básica em São Luís - MA.....	<b>110</b>
<b>Quadro 4:</b> Participantes da investigação segundo grupo amostral .....	<b>113</b>
<b>Quadro 5:</b> Codificação aberta.....	<b>122</b>
<b>Quadro 6:</b> Codificação aberta.....	<b>122</b>
<b>Quadro 7:</b> Identificando os códigos .....	<b>123</b>
<b>Quadro 8:</b> Agrupando códigos e atribuindo conceitos.....	<b>123</b>
<b>Quadro 9:</b> Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial .....	<b>124</b>
<b>Quadro 10:</b> Estruturando o Modelo Paradigmático .....	<b>160</b>

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>18</b>
<b>APRESENTANDO A TESE .....</b>	<b>20</b>
<b>1 INICIANDO A TECEDURA .....</b>	<b>23</b>
1.1 ARTICULANDO AS VIVÊNCIAS DE SER ENFERMEIRA E DOCENTE: MOTIVANDO-ME PARA A INVESTIGAÇÃO.....	23
1.2 REVELANDO A QUESTÃO DE PESQUISA, O OBJETIVO E A TESE.....	26
1.3 OBJETIVO.....	31
1.4 CONSTRUINDO A JUSTIFICATIVA DA INVESTIGAÇÃO.....	31
<b>2 CONTEXTUALIZANDO FIOS DA TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE .....</b>	<b>34</b>
2.1 FAZENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA .....	34
<b>2.1.1 O percurso da Atenção Básica de Saúde e seus instrumentos reguladores.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.2 Organização, Financiamento e Operacionalização Política da ABS.....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.3 O Programa Saúde da Família: algumas considerações .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.4 Revisitando a história da Atenção à Criança.....</b>	<b>50</b>
<b>2.1.5 Vendo a prática caritativa e filantrópica de atenção à criança: a Roda dos Expostos .....</b>	<b>54</b>
<b>2.1.6 Constatando a evolução da Atenção à Criança: da prática caritativa e filantrópica à de proteção .....</b>	<b>57</b>
<b>2.1.7 Refletindo sobre a Atual Política de Atenção à Criança na ABS .....</b>	<b>63</b>
2.2 TECENDO COMENTÁRIOS SOBRE CUIDAR E CUIDADO: ALGUNS MATIZES.....	66
2.3 COMENTANDO SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM FIO ESTRUTURADOR .....	76
<b>3 SELECIONANDO OS FIOS PARA TECER A TEIA .....</b>	<b>84</b>
3.1 ORIENTANDO-ME PELA ABORDAGEM QUALITATIVA .....	84
3.2 TECENDO FIOS COM A EPISTEMOLOGIA DA COMPLEXIDADE.....	85
3.3 GROUNDED THEORY: POR ONDE FORAM TECIDOS OS FIOS DA INVESTIGAÇÃO .....	92
3.4 SEGUINDO OS FIOS PARA REALIZAR A INVESTIGAÇÃO .....	105
<b>3.4.1 Fazendo algumas considerações sobre o Local da Investigação .....</b>	<b>106</b>
<b>3.4.2 Falando sobre os sujeitos participantes da investigação .....</b>	<b>111</b>
<b>3.4.3 Enfatizando os Aspectos Éticos da Investigação .....</b>	<b>112</b>
<b>3.4.4 Apresentando a Técnica de Abordagem .....</b>	<b>113</b>
<b>3.4.5 Coletando dados .....</b>	<b>115</b>
<b>3.4.6 Analisando Dados, Realizando Questionamentos e Construindo Grupos Amostrais: ou seria o contrário? .....</b>	<b>118</b>
<b>3.4.7 Elaborando os códigos, Construindo Categorias .....</b>	<b>121</b>
<b>3.4.8 Organizando o material empírico para a análise .....</b>	<b>125</b>

<b>3.4.9 Revelando a Categoria Central .....</b>	<b>131</b>
<b>3.4.10 Validando a Teoria.....</b>	<b>132</b>
<b>3.5 CONHECENDO O SISTEMA DE CUIDADOS À CRIANÇA EM PORTUGAL: A EXPERIÊNCIA PROPORCIONADA PELO DOUTORADO SANDUÍCHE.....</b>	<b>135</b>
<b>3.5.1 Fazendo algumas considerações sobre as Unidades e serviços de Saúde Visitados em Portugal.....</b>	<b>141</b>
<b>3.5.2. Conhecendo o Processo de Bolonha.....</b>	<b>149</b>
<b>3.5.3 Delineando considerações sobre o Ensino Superior de Enfermagem em Portugal.....</b>	<b>151</b>
<b>4 TECENDO A TEIA: APRESENTANDO OS RESULTADOS .....</b>	<b>159</b>
<b>4.1 DESCREVENDO CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....</b>	<b>159</b>
<b>4.1.1 Categoria 1: Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS.....</b>	<b>160</b>
<b>4.1.2 Categoria 2: Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança .....</b>	<b>174</b>
<b>4.1.3 Categoria 3: Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na ABS .....</b>	<b>184</b>
<b>4.1.4 Categoria 4: Qualificando o cuidado à criança.....</b>	<b>201</b>
<b>4.1.5 Categoria 5: Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades.....</b>	<b>211</b>
<b>4.1.6 Categoria 6: Possibilitando a emergência do novo .....</b>	<b>226</b>
<b>5 APRESENTANDO A TEIA.....</b>	<b>236</b>
<b>5.1 RELATANDO O FENÔMENO.....</b>	<b>236</b>
<b>5.2 REVELANDO A TEORIA SUBSTANTIVA.....</b>	<b>240</b>
<b>5.2.1 Contexto.....</b>	<b>242</b>
<b>5.2.2 Condição Causal .....</b>	<b>249</b>
<b>5.2.3 Condições intervenientes.....</b>	<b>254</b>
<b>5.2.4 Estratégias .....</b>	<b>267</b>
<b>5.2.5 Conseqüência.....</b>	<b>273</b>
<b>5.3 TECENDO A TEIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM DIÁLOGO COM A COMPLEXIDADE .....</b>	<b>282</b>
<b>5.4 TECENDO CONSIDERAÇÕES INACABADAS: FIANDO E CON-FIANDO .....</b>	<b>290</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>300</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>322</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>330</b>

## APRESENTANDO A TESE

Foi nossa intenção construir um texto que fosse uma reflexão centrada na integralidade do cuidado à criança a partir de um modelo conceitual, seguindo os pressupostos da Grounded Theory e do Pensamento Complexo. O modelo, muito embora sob a forma organizado-desorganizado, foi construído, criado e re-criado em um circuito de relações dinâmicas, onde os participantes, a pesquisadora, as experiências, a indução, a dedução e a redução geraram mundos de sentidos em um desenho aberto, dialógico e articulado com as indagações construídas no delineamento e no desenvolvimento da investigação.

Desejamos em lugar de tomar a objetividade como produto científico, examinar o aspecto subjetivo do cuidado, não mais para identificar, como foi no Mestrado, mas colocar em evidência significados e práticas do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.

Quando pensamos em integralidade do cuidado, visualizamos um fenômeno complexo, que envolve valores, relações, interações, práticas, significados e várias interlocuções teóricas e filosóficas. Nesse sentido foi necessário construir, primeiramente, um pensamento mais reflexivo e aberto, utilizando algumas lentes, entre elas, as obras de Edgar Morin e os pressupostos do pensamento complexo. A interlocução com a complexidade nos permitiu um diálogo problematizador na e para a compreensão da integralidade do cuidado. Sei que esta aproximação ainda é singela, mas já nos permite tecer algumas reflexões que qualificam a leitura do problema que faz corpo a esta investigação.

O fio condutor desta Tese dirige-se para o cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde, pois, como muitos outros profissionais e estudiosos, sinto a necessidade e a urgência de refletir e de agir com vista a contribuir para um sistema de cuidados mais autêntico e mais humano.

São reflexões construídas a partir de um referencial teórico e metodológico e que colocamos agora para que sejam julgadas, polemizadas e consultadas, sabendo da necessidade de aprofundamento das concepções aqui construídas.

A compreensão da integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde será apresentada em cinco capítulos.

No **Capítulo 1**, estão situadas as vivências de enfermeira e docente da

doutoranda, articuladas com o contexto da investigação. Apresentamos a pergunta de pesquisa, o objetivo e a tese;

No **Capítulo 2**, elaboramos de forma objetiva, uma revisão das políticas de saúde no Brasil e a evolução do cuidado à criança. Apresentamos, na seqüência, algumas considerações sobre Atenção Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Cuidado e Integralidade;

No **Capítulo 3**, descrevemos o referencial teórico e metodológico, o Pensamento Complexo e a Grounded Theory, respectivamente. Encontram-se neste capítulo, as etapas da investigação, os participantes, os recursos metodológicos e os aspectos éticos da investigação;

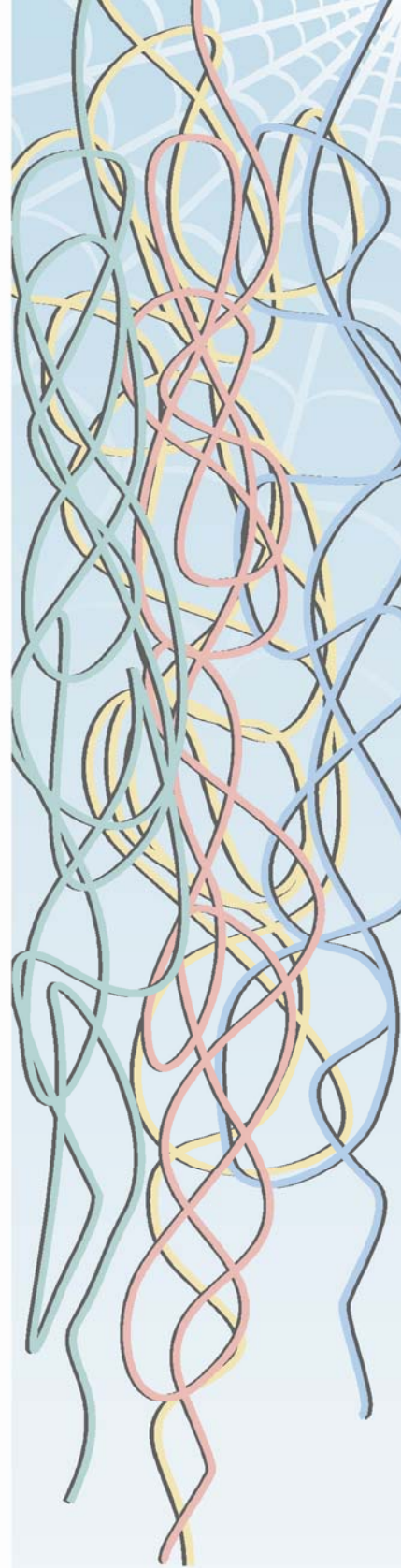
A discussão dos dados empíricos, as categorias e as subcategorias que permitiram compreender a integralidade do cuidado à criança na ABS estão organizadas no **Capítulo 4**;

Apresentamos no **Capítulo 5**, os comentários sobre o fenômeno, o Modelo Teórico e as considerações finais.

*Capítulo 1*

---

*Iniciando a Tejedura*



## 1 INICIANDO A TECEDURA

### 1.1 ARTICULANDO AS VIVÊNCIAS DE SER ENFERMEIRA E DOCENTE: MOTIVANDO-ME PARA A INVESTIGAÇÃO

Início este capítulo, permitindo-me utilizar a primeira pessoa do singular, apesar de reconhecer que este foi um trabalho coletivo, de parceria e de cumplicidade com a minha orientadora. Considerei, porém que este seria o espaço para colocar as minhas experiências, motivações, expectativas – a minha subjetividade. Faço isto também no final da tese.

Compreendo que o pesquisador não é neutro nas suas escolhas e que, portanto, iniciar uma investigação é trazer consigo dúvidas e inquietações que fazem parte do cotidiano dele. Sendo assim, ao definir o objeto de investigação, o pesquisador percorre os caminhos daquilo em que acredita, aliando a estes, valores, sonhos, esperanças e o desejo de conhecer o novo. A proposta desta investigação, portanto, não foi iniciada em um momento dado, foi produto das experiências vividas nos meus 26 anos de Enfermagem. Estes anos foram preenchidos por construções, desconstruções e reconstruções, numa produção não linear, em incessantes movimentos por onde se entrelaçaram a vida pessoal e a profissional.

Aprendi, no meu trabalho com as crianças, com as mães, com as famílias e com outros profissionais, que, numa situação de cuidado o mais importante não são as ações/intervenções relacionadas ao processo fisiopatológico, mas antes e, sobretudo, a experiência humana e humanizadora exercida pelo fazer sensível, ético, responsável e competente do profissional. Nesse cotidiano do cuidado, do cuidar, da doença, da saúde, da criança e da família, tenho aprendido que esta dimensão requer uma prática do cuidar zeloso e da capacidade em fazer opções por onde repousa a ética da responsabilidade que nos habilita para a ação. E assim como Pires (2005) acredito que o cuidar pode ser concebido enquanto forma de conhecer, avaliar e reinventar cotidianos, pois, ao cuidar, incorpora-se, apreende-se e interpretam-se realidades.

Morin (2000) defende a idéia de que o conhecimento tem uma "vocação emancipatória", a qual, quanto mais se conhece e se compreende, mais se é capaz



de, reconhecendo os limites do “verdadeiro”, dedicar-se à sua procura e, por meio desse processo incessante de busca, emancipar-se relativamente de certas concepções.

Por isto e no contexto dos meus papéis de enfermeira, docente, e investigadora, lancei-me à procura da compreensão da integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde (ABS). O meu trabalho assistencial e a docência são fontes de motivação e inspiração que me animam a consciência da necessidade da investigação, compreendendo o conhecimento como um trabalho complexo de permanente descoberta e reconstrução. Hoje, mais do que antes, tenho o desejo explícito de aprender associado à alegria de pensar, conhecer e transformar. Portanto, a minha estreita ligação com o cuidado à criança, nas dimensões práticas e do ensino, orientou as escolhas e os caminhos que se conformaram nesta investigação.

Esta tese integra, portanto, uma trajetória de preocupações conceituais e empíricas no tocante ao cuidado à criança, cujos primeiros passos foram dados no início da minha vida profissional e também como extensão dos resultados apresentados no relatório final do Mestrado, e fortalecidos pelas experiências cotidianas de enfermeira assistencial e docente.

O estudo realizado para conclusão do Curso de Mestrado<sup>1</sup>, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e orientado pela Dra. Thelma Leite de Araújo, possibilitou-me, repensar questões numa perspectiva crítica, a respeito das necessidades emergentes colocadas pela problemática da saúde e do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.

No estudo supracitado foi possível identificar alguns pontos, a partir do Elemento Organização do Cuidado do Modelo Campo de Saúde<sup>2</sup>, algumas características do serviço e das práticas na atenção à criança. Assumiram

---

<sup>1</sup> Situação Nutricional de Ferro em Crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde na Vila São Pedro, cujo objetivo foi relacionar os valores hematológicos da hemoglobina e da ferritina sérica encontrados na população infantil com as variáveis do Modelo Campo de Saúde e identificar os fatores de risco para a anemia ferropriva.

<sup>2</sup> Estrutura Conceitual de Marc Lalonde para fundamentar a análise das condições de saúde onde afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupados em quatro categorias: Biologia Humana, Ambiente, Estilo de Vida e Organização do Cuidado à Saúde. O quarto elemento, Organização do Cuidado em Saúde diz respeito à disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde. É definido como o sistema que consiste não só na quantidade e qualidade, mas, no compromisso, na natureza e na disponibilidade de pessoal e recursos para a provisão do cuidado. Inclui práticas médicas e de enfermagem, rede hospitalar, ambulatorial e outras estruturas dos serviços de saúde.

relevância, muito embora não tenha se configurado como fator de risco para a carência nutricional de ferro, os aspectos da organização e da estrutura dos serviços de saúde. As limitações relacionaram-se às dificuldades de acesso da criança ao sistema de saúde, aos recursos de diagnósticos e terapêuticos, aliados a uma atenção fragmentada e reducionista, muito embora organizada a partir da Estratégia Saúde da Família. (SOUSA, 2002).

Em outro extremo, no contexto hospitalar, nós profissionais, sofremos os reflexos das limitações da organização do sistema de saúde, muitas vezes, sem refletir efetivamente sobre eles. No entanto, as situações decorrentes da estrutura e da organização dos vários níveis de assistência à saúde vêm sempre acompanhadas de sofrimento, desgaste físico e emocional da equipe, da família e da criança. São situações cotidianas que nos mostram que há ainda um longo caminho a ser percorrido pelas políticas, pelos gestores, pelas universidades e pelos profissionais de saúde no sentido de mudanças para maior eficácia do sistema de cuidados. Essa caminhada não se faz isoladamente. É um compromisso coletivo. É um desafio.

Compreendo que as práticas dos cuidados hospitalares e da atenção básica encontram-se desarticuladas e que há, nesse campo, uma sobreposição de competências entre um e outro nível, ao invés da complementaridade. Estas são, no entanto, afirmações provisórias que, de maneira desorganizada, me inquietam e me motivam.

Foi assim que busquei o doutoramento, desta vez na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde pude transformar as inquietações em proposta de investigação. A tentativa de compreender o fazer e o agir dos profissionais de saúde na atenção básica foi o que me motivou para o desenvolvimento da investigação, muito embora não tenha sido este o objeto investigado. As minhas idéias dirigiram-se, em um primeiro momento, para a organização estrutural do sistema de cuidado à criança no campo da vigilância nutricional. Pretendia, no entanto, compreender o cuidado à criança de uma maneira mais ampla e articulada. Decidi, portanto, não fazer recorte em uma ação específica da política do cuidado à criança e, sim, direcionar os questionamentos para a integralidade do cuidado, na busca de significados emergentes da prática pediátrica na Atenção Básica de Saúde.

## 1.2 REVELANDO A QUESTÃO DE PESQUISA, O OBJETIVO E A TESE

Grandes reformas sanitárias e políticas ocorreram no Brasil a partir da década de 80, entre elas, a privatização dos serviços públicos seguida da democratização e da descentralização dos processos políticos e administrativos em saúde. Esse contexto desencadeou mudanças e inovações na atenção à saúde, caracterizando-se como um período de incertezas e turbulências para a gestão e o desenvolvimento dos serviços e das práticas em saúde, o que culminou com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF, implantado em 1994, vem sendo proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de reorganização da atenção básica com possibilidade de reorientação do sistema de saúde. Ele incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF).

Devemos assinalar que muito se avançou no setor saúde nas últimas décadas e que vários atores foram responsáveis pelos movimentos sociais que influenciaram a remodelação do sistema de saúde. No que concerne ao setor público, este é representado pelo SUS, apoiado no princípio geral de que saúde é um direito de todos e dever do Estado, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado por leis ordinárias de 1996. (BRASIL, 1998a). O SUS organiza os serviços de saúde de forma hierarquizada, de acordo com os graus de complexidade, pressupondo que todo atendimento prestado ao usuário seja universal, gratuito, de qualidade, resolutivo e sob controle da população.

No Brasil, não obstante a afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS, a preocupação pelo estabelecimento de prioridades e pelo melhor funcionamento dos sistemas assistenciais, importantes questões ainda continuam sendo desatendidas nas práticas de saúde, dentre as quais os seus princípios orientadores. Alguns desses princípios são mais visíveis, como a universalização (o atendimento não está mais condicionado à participação no mercado formal de trabalho e à contribuição prévia) e a descentralização. Outros, porém, como a integralidade, são pouco trabalhados tanto no planejamento como na organização dos serviços em saúde. (NATALINI, 2001).

Na perspectiva da integralidade, a prática clínica deve atender a criança como o resultado de um processo no qual intervêm distintos profissionais, situados em diversos pontos da atenção à saúde com tecnologias diferenciadas para o cuidado. Contudo, não é fácil conceber formas de abordagem integral da saúde em um sistema hegemônico de medicalização, especialização, fragmentação, centrado no hospital e na relação doença/cura. Nesse sentido, Capra (1982) exprime que nossas instituições de assistência à saúde baseiam-se na estreita abordagem biomédica para o tratamento de doenças e estão organizadas de um modo tão fragmentado que se tornaram ineficazes e inflacionárias.

Para Mattos (2006), quando um serviço se organiza com o objetivo de oferecer apenas assistência médica, a tendência é que os usuários o procurem apenas para a solução das doenças. Porém, ao abordar o usuário nas suas diferentes necessidades, estabelece estratégias que passam pela organização de atividades educativas, promocionais, preventivas e assistenciais, e alcança outras necessidades que não as apresentadas pelo usuário. Nesse caso, o sistema de saúde não está organizado para uma doença, para uma queixa ou para o enfrentamento de um problema específico, mas organiza-se a partir de ações que contemplam o outro como sujeito de direitos.

Nesse particular, a afirmação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, não contempla apenas a doença, o tratamento ou a cura, mas o direito de uma vida com qualidade. (SOUSA; TERRA; ERDMANN, 2005). Trata-se, por um lado de apreender a saúde de forma ampliada e, por outro, de compreender a necessidade dos serviços e dos profissionais de assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito às práticas em saúde.

Por esse olhar, a integralidade ocorre quando é possível ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção ao todo. Isso faz lembrar o princípio que Morin (1999, 2005) denomina de hologramático. Seguindo a noção hologramática, as práticas de cuidado à criança na ABS devem ser um projeto coletivo, constituído pela totalidade das práticas o qual dá sustentação à dinâmica do cuidado. Compreende-se, assim, que a organização do cuidado à criança deve sustentar-se na ação do cuidado compartilhado dos vários profissionais que são, ao mesmo tempo, autores e atores de um projeto coletivo.

Nesse contexto, o cuidado deverá objetivar as condições mais favoráveis possíveis para promover e recuperar a saúde da criança. Para tanto, os profissionais

devem utilizar de todos os contatos da criança e da família com o serviço de saúde para avaliar os vários aspectos da vida e da saúde infantil e não somente aqueles que dizem respeito aos aspectos biológicos. Nesse sentido, acede-se com Sousa e Araújo (2004a), de que profissionais e famílias devem ser parceiros igualmente responsáveis pela busca de estratégias que visem incorporar comportamentos e atitudes que se definem como de co-responsabilidade. Essa relação exige “esforço, criatividade, habilidades” (SOUSA; ARAÚJO, 2004b, p. 536) dos profissionais e serviços com vistas a ampliar o olhar para as necessidades e não somente a doença.

Nesse escopo, o cuidado à criança, ou a qualquer outra fase do ciclo vital humano, é complexo, multidimensional e sofre influência de diversos e distintos fenômenos nas ações do cuidar. O cuidado apresenta-se, como um conjunto de circunstâncias interdependentes, que resulta em uma conjugação de elementos que confluem para um todo complexo que se constrói e se modifica continuamente. (LESSMANN, et al., 2005).

Por conseguinte, a questão da integralidade, como princípio da política de saúde, remete para o fato de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam por outros setores que não só o da saúde. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) tem, como proposta, além da organização dos serviços, a organização de um processo de abordagem que envolve toda uma rede de instituições e serviços de forma a obter impacto epidemiológico sobre determinadas circunstâncias do processo de viver da criança. É uma proposta que exige que profissionais, equipe, instituição e unidades de saúde se organizem como um todo, implicando na atuação multi, inter e transdisciplinar. Trata-se, portanto, de um fazer/pensar integrado de todo o serviço e de toda a equipe e não da tarefa de um profissional ou de uma categoria isoladamente.

O sentido da integralidade do cuidado é muito mais que um procedimento, uma ação, uma conduta terapêutica/assistencial realizada por um profissional de saúde. Na perspectiva da integralidade, o cuidado tem o sentido de “atitude cuidadora que envolve o assistir ou o tratar segundo os parâmetros do acolher e do respeitar”. (PINHEIRO, CECCIM, 2006, p. 25). É uma prática que se traduz em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade e continuidade da atenção.

Ayres (2001) alerta que é preciso fazer um deslocamento em nossas

concepções de atenção no campo da saúde. Isso compreende uma transformação que afaste o profissional da intervenção e o aproxime da noção de cuidado. Portanto, integralidade remete à noção de cuidado como atitude e, como tal, “não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde”. A atitude de cuidar precisa se “expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”. (AYRES, 2001, p. 71).

No entanto, as idéias e os valores oriundos do modelo médico hegemônico são ainda predominantes nas práticas em saúde. São eles que orientam a formação dos profissionais e estão presentes nas práticas desses trabalhadores (FERREIRA, 2001), embora existam mudanças e esforços para transformar a lógica assistencial e conseqüentemente a organização das práticas de cuidado em saúde.

Mesmo que o nível básico da atenção à saúde esteja organizado a partir da ESF, e que esta priorize em sua concepção a preocupação com a integralidade do cuidado, na prática, e no que diz respeito à atenção à criança, parece que ainda não se configura como realidade. O modelo assistencial vigente, segundo Figueiredo e Mello (2004) se expressa como uma ação prioritariamente curativa, centrada no fator biológico sem a complementaridade das ações de proteção, promoção e prevenção da saúde. Na maioria das vezes, a prática assistencial à criança é centrada na tomada de medidas antropométricas, no incentivo ao aleitamento materno e no calendário de vacinação. Os atendimentos são determinados por diálogos fragmentados e as orientações estabelecidas são como normas duras e inflexíveis.

Dessa forma, perde-se a oportunidade de um olhar mais amplo para as necessidades do crescimento e do desenvolvimento da criança, compartilhadas com aquelas inerentes à família e ao ambiente no qual a criança está inserida. Ou seja, o cuidado circunscreve-se nos limites da doença e da cura em detrimento às demandas da criança e de sua família. Conforma-se, assim, em linhas gerais, a problemática saúde/doença, a exigir serviço de atendimento básico que atenda às necessidades da criança.

As respostas a essas necessidades nem sempre podem ser encontradas no setor saúde. Por isso requerem ações intersetoriais, ainda pouco discutidas no que se refere à complementaridade do cuidado. Essas constatações impõem uma série de desafios e inquietações que incluem pensar a saúde e o cuidado à criança como sistema complexo que se caracteriza, entre outras pretensões, pela integralidade do cuidado e pelas ações interdisciplinares e intersetoriais.

Sob essa perspectiva as práticas de cuidado à criança, correspondem a um conjunto de ações/interações/intervenções que objetivam a manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento infantil. A organização dos serviços diz respeito à estrutura das USF, compreendendo a articulação com os demais níveis da atenção, assim como à gestão do cuidado.

Nessa relação surgem várias indagações emergentes da problemática da integralidade do cuidado à criança na ABS: O que pensam os profissionais sobre integralidade do cuidado? Que aspectos são considerados pelos profissionais ao cuidar da criança na ABS? Gestores, profissionais e mães reconhecem a necessidade de práticas que priorizem a integralidade do cuidado? Que conhecimentos constroem as práticas dirigidas para a integralidade do cuidado? Que atitudes os profissionais têm assumido na busca da integralidade do cuidado à criança na ABS?

Considerando que a ABS organiza-se a partir da Estratégia Saúde da Família, do conceito ampliado de saúde e da integralidade do cuidado, questiona-se: Quais os significados que gestores, enfermeiras, médicos e mães atribuem à integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde?

Nas nossas práticas, agimos a partir de perspectivas particulares de acordo com os nossos conhecimentos, o nosso saber-fazer e as nossas experiências, ajustando as nossas ações e atitudes às situações em que nos encontramos. Agimos também segundo os significados que tem para nós a nossa prática e os valores que atribuímos a ela. Valores, significados e práticas são construídos a partir de um contexto histórico, político, cultural, social e econômico. São valores e contextos que faz emergir os vários modos de cuidado e de cuidar e, por onde são expressas as singularidades.

Com esta proposição, defendemos a tese de que:

Os significados são construídos em um processo de permanente evolução tendo como instrumentos as práticas, as experiências, os valores e subjetividades de cada profissional; os significados guiam a ação, o comportamento e os modos de produzir o cuidado. São, portanto, de forma complementar, produtos e produtores das práticas e da organização do cuidado à criança na ABS.

A integralidade do cuidado à criança, como objeto e recorte desta investigação, coloca-se na relação entre a política do SUS, a organização e a gestão

do cuidado aliadas às práticas dos profissionais na ABS inserindo-se no contexto da Saúde Coletiva. Para atender aos questionamentos da investigação a tarefa não se resume em avaliar qualitativamente os serviços ou as práticas dos profissionais de saúde no cuidado à criança, mas apreender significados de integralidade do cuidado de modo a substanciar uma teoria a partir da idéia ampliada e não reducionista das necessidades da criança.

### 1.3 OBJETIVO

Construir modelo teórico explicativo da integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde a partir dos significados atribuídos por profissionais e mães de crianças atendidas nas equipes Saúde da Família.

### 1.4 CONSTRUINDO A JUSTIFICATIVA DA INVESTIGAÇÃO

O direito da criança à integralidade do cuidado nos coloca diante de desafios a “serem superados pela sociedade como um todo inclusive pela comunidade científica, que através da pesquisa pode contribuir para uma maior organização entre o direito legal e o direito real”. (PRADO, 2005, p. 22).

Corroboram com a assertiva, Pinheiro e Luz (2003), quando apontam vazios na produção do conhecimento no que diz respeito à integralidade das ações nos serviços. Ressaltam que os serviços de saúde são como cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. Completam, afirmando que o “estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto da reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde”. As autoras partem do pressuposto de que “são as instituições em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social”. (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 8).

Acreditamos que, trazer à tona essa temática, é de fundamental importância



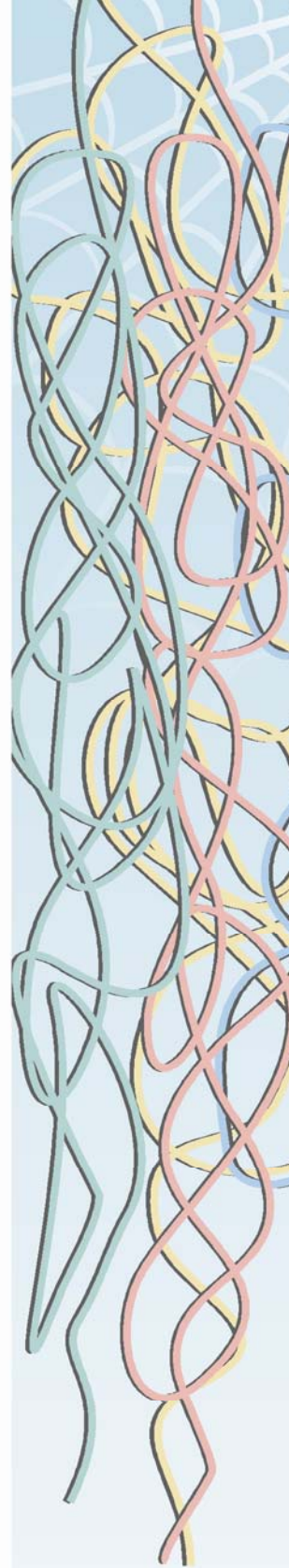
para os profissionais da saúde e para a gestão do cuidado, além de enriquecer a produção científica em enfermagem e na saúde.

Afora as considerações realizadas até aqui a relevância da investigação pauta-se em ressaltar os significados da integralidade do cuidado na ABS pelos atores e produtores do cuidado à criança. O estudo poderá ter alcance prático imediato como reflexão da temática pelos participantes ou, em outro momento, permitir o planejamento de estratégias de intervenção nos serviços, apontando contribuições para as ações cujas perspectivas sejam a integralidade do cuidado.

*Capítulo 2*

---

*Contextualizando os  
Fios da Teia do Cuidado à  
Criança na Atenção  
Básica de Saúde*



## **2 CONTEXTUALIZANDO FIOS DA TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

### **2.1 FAZENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA**

Não temos a intenção de fazer uma descrição detalhada das políticas de saúde, pelo contrário, pretendemos discutir algumas questões, por onde delimitamos, minimamente, o contexto da política de saúde e do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.

#### **2.1.1 O percurso da Atenção Básica de Saúde e seus instrumentos reguladores**

A partir de 1982, consolida-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais reivindicações eram, entre outras, a melhoria das condições de saúde da população, o reconhecimento da saúde como direito universal, a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade e equidade da atenção. Esse período caracterizou-se por muitas lutas dos profissionais de saúde, aliadas à construção de uma sólida aliança política em torno da Reforma Sanitária, que foi legitimada em 1986, na VII Conferência Nacional de Saúde, o que garantiu a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária no texto final da Constituição Federal de 1988. (MENDES, 1999).

A nova Constituição fixou os princípios norteadores (universalidade, integralidade, igualdade e participação popular) e organizativos do sistema de saúde (descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde) com comando único e financiamento em cada esfera de governo e com a participação complementar da iniciativa privada. (BRASIL, 1998 b). Esse sistema público de saúde - o SUS - foi regulamentado em 1990, por meio da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), que define organização, direção e gestão dos serviços de saúde, e descreve as competências dos diferentes níveis de governo. Determina ainda a participação

comunitária na gestão do sistema e o modo de financiamento da saúde e organiza o sistema de saúde brasileiro em três grandes níveis de atenção. O MS define o SUS como um sistema hierarquizado, com diferentes níveis de complexidade, que devem articular-se entre si. O primeiro nível compreende as medidas básicas de saúde, responsáveis por grupos de famílias em suas respectivas áreas de abrangência, a quem devem oferecer atenção integral à saúde. Essas unidades caracterizam-se por ser o contato preferencial dos indivíduos com os serviços de saúde. Mais do que isso, as unidades básicas são responsáveis pela coordenação da atenção quando as pessoas necessitarem de serviços de maior densidade tecnológica no sistema de saúde. A atenção secundária é representada pelos serviços ambulatoriais de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência e os hospitais gerais. O outro nível do sistema compreende os serviços ambulatoriais e hospitalares, terciários ou quaternários de saúde.

Essa organização do fluxo de usuários no sistema de saúde, realizada pela referência e contra-referência, tem como objetivo que os atendimentos ocorram nos espaços adequados de prestação de serviço à saúde. A possibilidade para essa organização seria, na opinião de Cecílio (1997), a de olhar para o sistema considerando uma relação mais horizontalizada entre os serviços, colocando o usuário como centro de preocupação. O autor propõe a organização do sistema num círculo com várias portas de entrada, localizadas em diferentes pontos do sistema a partir das necessidades do usuário.

De outro modo, Rovere (1999) propõe um novo conceito para organização do sistema, não mais como um sistema hierarquizado segundo níveis de densidade tecnológica, mas em rede. É um conceito que se afasta da organização sistêmica e aponta para uma organização piramidal. Nessa proposta o autor apóia-se na articulação dos diferentes serviços pela articulação de pessoas. O que isso significa? Que proposta é essa? Não é, por exemplo, a USF que encaminha o usuário para o hospital. São os profissionais desses dois serviços que se comunicam e estabelecem vínculos para buscar o atendimento necessário. A rede é, portanto, uma construção coletiva, que vai se definindo durante o processo de aproximação de pessoas e instituições que se comprometem a superar, de maneira integrada, os problemas, que definem coletivamente seus objetivos a partir da compreensão compartilhada da realidade social. (JUNQUEIRA, 2000).

Centramo-nos, a seguir, em alguns conceitos de ABS para, em seguida,

apresentar a estrutura e a organização política desse nível de atenção apontando para normas operacionais e organizativas que permeiam o cuidado em saúde enfocando aquelas que se dirigem para a atenção à criança. Achamos necessário destacar estas considerações por sua precisão e abrangência com a temática da investigação.

O Ministério da Saúde define a Atenção Básica como:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1998b).

A Assembléia Mundial de Saúde, em reunião no ano de 1979, definiu como ABS:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias. (OMS apud STARFIELD, 2002, p. 31).

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>3</sup> pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção não direcionada para a enfermidade, antes dando atenção para todas as condições, exceto quando muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo a responsável exclusiva por um conjunto de funções, compartilhando características com os outros níveis de atenção, entre as quais a responsabilidade pelo acesso, pela qualidade, pela atenção à prevenção, ao tratamento, à reabilitação e ao trabalho em equipe. Dessa forma, um sistema de saúde baseado na ABS tende a ser mais equitativo e ter melhores resultados na saúde a nível populacional (BRAICKERR, 2004; VAN DOOSLACER, 1999) e são definidos por um conjunto de características das quais

---

<sup>3</sup> Os termos Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica de Saúde (ABS) são usados freqüentemente na literatura e nos discursos dos profissionais de saúde como sinônimos ou para designarem um conjunto de ações, conceitos e processos de trabalho realizados no primeiro nível da atenção em saúde. Entretanto, a definição precisa e a distinção entre ambos gera ainda controvérsias. No entanto, em documentos oficiais do Ministério da Saúde o termo utilizado é ABS e, do qual nos apropriamos nesta Tese.

Starfield (2002) destaca quatro: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação.

A característica do primeiro contato está ligada à capacidade de acesso aos serviços de saúde, isto é, deve haver um lugar específico no sistema aos quais as pessoas possam recorrer toda vez que ocorram problemas. Trata-se da definição de uma “porta de entrada” no sistema, que deve funcionar como garantia de acesso para todos os usuários. Os elementos dirigidos a melhorar o acesso ao primeiro contato podem melhorar os resultados da atenção a saúde e ao mesmo tempo beneficiar os outros níveis do sistema de saúde, aumentando a eficácia e a eficiência do sistema como um todo. (CASANOVA et al., 1996; BILLINGS et al. 2000).

A longitudinalidade refere-se a uma vinculação duradoura entre usuários e profissionais de saúde. Garante a continuidade da atenção no decorrer do tempo, independentemente da existência de problemas ou enfermidades. De acordo com esse princípio, as pessoas podem contar com os serviços de saúde como fonte de atenção certa, caso necessitem, podendo participar das diversas atividades desenvolvidas, para além do tratamento de doenças, tais como aquelas relacionadas à promoção da saúde. (STARFIELD, 2002).

A abrangência é descrita pela autora como integralidade e aponta para a necessidade das unidades de saúde se organizarem de modo a garantir a seus usuários todos os tipos de ações de atenção à saúde. Considerando a característica da integralidade, os serviços devem ter capacidade para reconhecer adequadamente os problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais dos seus usuários.

A coordenação apresenta-se como componente essencial para garantir a efetividade das propostas da atenção em saúde, principalmente a integralidade. Trata-se da capacidade do serviço para garantir o seguimento do usuário no sistema ou a garantia a outros níveis de atenção quando necessário, de modo a permitir a integração da atenção nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços, rompendo com a fragmentação característica da medicina moderna. (STARFIELD, 2002).

Percebemos que, como base, a ABS aborda os problemas mais comuns da comunidade; oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde; integra a atenção quando há mais de um problema; lida com o contexto no

qual a doença existe; influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde; e organiza e racionaliza o uso dos recursos. (SOUZA, ARAÚJO, 2004).

Do ponto de vista de Corbo e Morosini (2005), ABS é a porta de entrada do sistema de saúde, organizado em diferentes níveis de atenção. É, portanto, um modelo de organização do sistema de saúde, que se estrutura e se operacionaliza de forma a atender às necessidades da população. Desse modo, o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada de serviço de atenção à saúde, que funciona de forma articulada na promoção de uma atenção continuada. Pelo fato de ser considerada a porta de entrada do sistema, e se responsabilizar pelo atendimento continuado de uma determinada população, a ABS é o nível de atenção que possui a melhor condição de contextualizar o problema de saúde e de identificar os diversos determinantes que contribuíram para sua manifestação. (FERREIRA, 2001).

A crescente discussão sobre a ABS e seu papel nos sistemas de saúde tem sido uma tendência em vários países, bem como no Brasil, buscando garantir a implementação de propostas que tragam mudanças nos modelos de atenção baseados na doença e no hospital. Geralmente, esses modelos apresentam altos custos financeiros, baixa qualidade e baixa resolutividade. (SOUZA, SAMPAIO, 2002).

Mendes (2002), ao propor a rede básica como um centro animador/catalisador dos sistemas integrados de serviços de saúde, menciona que, para tal função, essa rede deve desempenhar:

o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – resolver grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador relacionado com a sua natureza de centro de comunicação – organizadora dos fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde em que estejam. (MENDES, 2002, p. 17).

Dentre os fatores facilitadores para a qualidade da ABS, está o reconhecimento do caráter multifatorial dos determinantes que incidem sobre a saúde, o compromisso político, o financiamento adequado para responder às necessidades da população, a orientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A integração dos serviços de saúde, o enfoque do sistema de saúde na família e na comunidade são os elementos que qualificam e

facilitam a atenção básica de saúde. (GLASSMAN, et al., 1999).

Cumpra assinalar que a ABS fundamenta-se nos seguintes princípios do SUS, expressos na Constituição de 1988 (BRASIL, 1998a): saúde como direito (a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício); integralidade da assistência (como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, em todos os níveis de complexidade); universalidade (acesso garantido para toda a população em todos os níveis de assistência); equidade (igualdade na assistência à saúde, respeitando particularidades individuais, desenvolvendo ações de acordo com situações de risco e condições de vida e saúde); resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde); intersetorialidade (desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e os outros órgãos públicos, objetivando articular políticas e programas de interesse para a saúde); humanização do atendimento (responsabilização entre serviços e comunidade, e estabelecimento de vínculos); e participação social (democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a participação comunitária na gestão do sistema).

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou o Manual para Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1998b), destacando a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde. O documento apresenta as orientações para o repasse, aplicação e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica. Além disso, alguns instrumentos têm sido propostos para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde através de estratégias adequadas às condições locais e municipais. Ressalta, dentre outras: o cadastramento e a implantação do Cartão SUS (que permite identificar indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e de condições ambientais das regiões onde as pessoas residem); a adstrição de clientela (onde uma unidade básica de saúde deve se responsabilizar por um número determinado de pessoas, de modo a desenvolver a atenção integral e que o acesso ao serviço seja facilitado); a referência para a assistência de média e alta densidade tecnológica (a rede de atenção básica é fundamental para a resolução das demandas de saúde de uma comunidade, mas é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior densidade tecnológica, quando necessário); o acompanhamento e a avaliação (a incorporação dos mecanismos de



acompanhamento das ações e atividades, e de avaliação do impacto sobre as condições de vida da população deve ser de responsabilidade da gestão do SUS, em todas as instâncias). (BRASIL, 2008a).

Visando à operacionalização da ABS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b) define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas poderão ser definidas regionalmente, a partir de necessidades específicas de cada região.

### **2.1.2 Organização, Financiamento e Operacionalização Política da ABS**

Em meados dos anos 90, inicia, no Brasil, a implementação das ações de saúde coerentes com o programa de reforma do Estado empreendido pelo governo federal a partir de 1994. Nacionalmente, as relações entre as esferas do governo federal, estadual e municipal, para a gestão do SUS, foram disciplinadas pelas Normas Operacionais. Já foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993, 1996; e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões de 2001 e 2002. As discussões e pactuação para elaboração das Normas Operacionais aconteceram principalmente em duas comissões: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes dos gestores federal, estaduais e municipais de âmbito nacional; e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada pelos gestores estadual e municipais, existente em cada estado. Nessas Comissões são elaboradas propostas relativas ao sistema de saúde, bem como acompanhamento da implantação das normas e programas, avaliação de resultados e definição de critérios e alocação de recursos.

A NOB 96 e a NOAS 01/2002 serão abordadas mais detalhadamente por tratarem de questões que se aproximam do recorte desta investigação. A primeira destaca a organização da ABS sob a ESF e a segunda, por tratar da regionalização e hierarquização do sistema de saúde na perspectiva do atendimento integral.

A NOB 96 refere-se, dentre outros aspectos, ao reordenamento do modelo de atenção à saúde, como incorporação do modelo epidemiológico ao modelo

clínico e ao desenvolvimento de ações no campo da assistência (ambulatorial, hospitalar e domiciliar), das intervenções ambientais (vigilância e saneamento) e das políticas externas do setor saúde (emprego, habitação, educação e lazer, entre outros). Nesse documento, o enfoque epidemiológico “atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais”. (BRASIL, 2006a, p. 15). É uma afirmativa da qual Saúde (2006) discorda, por considerar que o enfoque epidemiológico é insuficiente para subsidiar uma organização dos serviços na perspectiva da integralidade, pois desconsidera o que as pessoas pensam sobre seus problemas e quais soluções buscam para seu enfrentamento. A autora defende que as “experiências da população, expressa nas formas de pensar e agir, precisam ser incorporadas pelos serviços e seus planejadores, na perspectiva de que as carências sejam elaboradas em conjunto”. (Idem, p. 24).

A NOB 96 (BRASIL, 2006a) definiu ainda as condições de gestão para municípios e estados, Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema, Avançada do Sistema e Plena do Sistema, respectivamente. Essas formas de gestão definiram os mecanismos de transferências de recursos financeiros e a remuneração por serviços produzidos. Dentro de cada área da assistência (hospitalar e ambulatorial) foram definidos pisos, tetos, fatores de incentivos e índices de valorização que definem os valores a serem repassados aos municípios.

A NOB 96 estabelecia mecanismos de financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB) em duas modalidades, o PAB fixo e o variável. O fixo dizia respeito a todos os atendimentos da atenção básica; e o variável correspondia a incentivos que o município recebia, caso se comprometesse a desenvolver ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, de vigilância sanitária, de combate a carências nutricionais e de organização da atenção básica sob a forma de PSF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sob esse aspecto, o do financiamento, assume relevância a afirmação de Saúde (2006) de que os municípios brasileiros fazem opção por assinar convênios e implantar esses programas, muito mais pela necessidade de recursos que pela implantação de um modelo de impacto na saúde da população brasileira.

Ainda na discussão da NOB 96, as necessidades de maior resolutividade e a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade foram, na opinião de Souza (2001), motivos que culminou com a edição da NOAS

2001. (BRASIL, 2001a). Essa norma envolveu três grandes grupos estratégicos para a regionalização em saúde: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), no sentido de disponibilizar de sistema de atenção funcional e resolutivo; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS para o desenvolvimento de planejamento, programação, regulação, controle e avaliação; e a última, trata dos critérios e do processo de habilitação no SUS por estados e municípios. O PDR, portanto, é o instrumento por meio do qual o estado organiza sistema funcional e resolutivo por meio de uma rede hierarquizada de serviços, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência. O PDR tem como objetivo garantir a integralidade da assistência e o acesso do cidadão o mais próximo possível de sua residência, a partir de responsabilidades mínimas, tais como: assistência ao pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil; cobertura universal dos esquemas vacinais previstos para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências comuns na infância; acompanhamento de portadores das doenças crônicas prevalentes; atendimento a pequenas urgências ambulatoriais; tratamento de distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle de doenças bucais mais comuns; disponibilização de medicamentos básicos.

Quanto às ações de média e alta complexidade, o PDR deveria contemplar o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas como gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras.

A NOAS resgatou a possibilidade de construção de serviços que alcançassem a integralidade do cuidado. No entanto, nesse documento, a integralidade era concebida enquanto assistência à saúde, “na perspectiva do cuidado médico, individual e curativo [...] restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea”. (TEIXEIRA, 2002, p. 115). Para a autora, a proposta da NOAS poderia favorecer a reprodução do modelo médico hegemônico e do modelo sanitarista, modelos estes, limitados quando se pensa na integralidade do cuidado ao atendimento de necessidades da população.

Há pouco mais de dois anos, em fevereiro de 2006, gestores assumiram compromisso público do Pacto pela Saúde, documento no qual o SUS é constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada articulado pelos princípios e diretrizes inscritos na Lei 8080, além da necessidade de qualificar e implementar a descentralização, organização e gestão

do SUS. (BRASIL, 2006a).

Esse Pacto buscou articular prioridades em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida reflete o compromisso dos gestores do SUS em torno de seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias; promoção da saúde e fortalecimento da ABS. (BRASIL 2006a). Dentre as prioridades desse documento, a redução da mortalidade infantil e o fortalecimento da ABS serão aqui destacadas pela vinculação com o objeto da nossa investigação.

Os objetivos e metas definidos no Pacto pela Vida para a reduzir a mortalidade infantil compreendem: reduzir a mortalidade neonatal e os óbitos por doença diarreica e por pneumonia; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes. (Ibidem).

Para fortalecer a ABS, os gestores teriam como objetivos: assumir a Saúde da Família como estratégia prioritária; desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios; ampliar e qualificar a ESF nos grandes centros urbanos; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços; garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e a fixação dos profissionais; implantar processo de monitoramento e avaliação; apoiar diferentes modos de organização respeitando especificidades loco-regionais. (BRASIL, 2006a).

No que diz respeito à Gestão do Trabalho, o Pacto define as seguintes estratégias: política de recursos humanos para o SUS (eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho); Municípios, Estados e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos

seus próprios quadros de trabalhadores da saúde; o Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS; as diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS devem ser um instrumento que visa a regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS; promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho; desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, a organização da assistência tem como referencial a integralidade e como compromisso, o município deve organizar o acesso da comunidade a serviços resolutivos com capacidade e vínculo da equipe com a população atendida. Deve ainda organizar e pactuar o acesso à atenção especializada e estruturar a assistência farmacêutica. (Ibidem).

No Pacto pela Saúde, a atenção integral não está, como na NOAS, restrita ao acesso aos serviços de saúde. Estende-se à gestão do trabalho, à capacitação de recursos humanos e à implantação de sistema gerencial de informação para subsidiar a tomada de decisões nessa área. A gestão da educação na saúde tem, como diretrizes, implementar a Política de Educação Permanente, entendida como essencial para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e a conseqüente qualificação do SUS para atendimento às necessidades sociais em saúde. Sob essa dimensão, o Pacto considera que as ações de educação permanente deve ser produto do diálogo entre gestores, instituição de ensino, serviços e controle social. (BRASIL, 2006a).

Logo em seguida à regulamentação do Pacto pela Saúde, foi publicada a Portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), que definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Nesse documento, a ABS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que devem ser desenvolvidas pelo trabalho em equipe para a população de território definido. As ações, de caráter individual e coletivo, abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A ABS é estabelecida na Política, como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem por princípios a

universalidade, a acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (Idem). A Portaria define os recursos e a infra-estrutura necessários para realização das ações na ABS, incluindo a garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, as características dizem respeito: à definição do território; à programação das ações a partir da definição de problemas mais freqüentes; à assistência resolutiva à demanda espontânea; ao desenvolvimento de ações educativas que ampliem o controle social na defesa da vida e de ações focalizadas sobre grupos e fatores de risco comportamentais ou ambientais; à assistência integral e acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; à implementação da Política Nacional de Humanização – PNH – incluindo o acolhimento; à realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; ao desenvolvimento de ações intersetoriais; ao fortalecimento da gestão local e do controle social. (BRASIL, 2006b). Define ainda as características do processo de trabalho da Saúde da Família como o de: manutenção atualizada do cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilização, de forma sistemática, dos dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes; prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo à participação da

comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Para a estruturação e a organização da UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, o MS recomenda o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

No que diz respeito à infra-estrutura e aos recursos humanos, o Ministério define, como necessários à implantação das ESF: existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; existência de UBS inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde; as Unidades de Saúde da Família devem possuir uma estrutura mínima com: consultório médico e de enfermagem; área/sala de recepção; local para arquivos e registros; uma sala de cuidados básicos de enfermagem; uma sala de vacina; sanitários; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da ABS; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente. Ainda em relação à gestão, o município terá que assegurar o cumprimento de horário integral pelos profissionais de saúde. (BRASIL, 2006b).

### **2.1.3 O Programa Saúde da Família: algumas considerações**

A ABS tem sido amplamente discutida no contexto brasileiro e, nesse processo, a Saúde da Família é apontada como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica. Logo, não é possível,

atualmente, falar de ABS sem reportar-se à importante dimensão que assumiu a ESF. Entretanto, tendo em vista a grande extensão do território nacional, associada às particularidades das regiões e dos municípios, pode-se perceber a coexistência de diferentes conformações das equipes. Souza e Sampaio (2002) colocam que, em virtude da existência de “diversos PSFs”, podem ser observadas experiências que não passam de meros programas; umas se efetivando como estratégia e outras até se aproximando de um modelo assistencial. Como consequência, existe hoje uma grande discussão a respeito do papel dessa proposta na Atenção Básica: como mais um simples programa ditado pelo nível federal, como uma estratégia para sua reorganização ou como um novo modelo assistencial.

Apesar das diferentes conformações existentes, a ESF vem deixando de ser um simples programa, conformando-se numa estratégia com grande potencial para o estabelecimento de modos de atenção à saúde mais resolutiva e humanizada, e definindo-se como política de atenção à saúde. Configura-se, dessa forma, como espaço de práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde e como estratégia para o alcance da equidade e da integralidade em saúde. Representa a transformação de um discurso ideológico em uma ação política. Proporciona, de certa forma, como afirma Paim (2003), uma “repolitização da saúde”, à medida que desloca a ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994; 2003a) as ESF, trabalham em um dado território, compreendido não somente como área geográfica, mas incluindo toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas em seu interior. Como elementos inovadores em relação à organização das Unidades de Saúde, a ESF traz o fato de o trabalho não estar centrado na unidade e sim no território, mais precisamente nas famílias. Traz ainda, de maneira mais forte, a idéia da equipe de saúde, tendo o ACS como um articulador nas relações entre as famílias, as unidades de saúde e os profissionais, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local. (BRASIL, 2003a).

O planejamento, com base nos critérios epidemiológicos e sociais é a base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS que, mediante a conversão da rede básica, deverá organizar todo o sistema a partir desses serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de



80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população. (NATALINI, 2001).

De acordo com documentos do MS, poderíamos dizer que:

A Saúde da Família constitui-se numa estratégia estruturante da Atenção Básica, com capacidade para provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde, incorporando maior resolutividade à Atenção Básica e possibilitando a integralidade da assistência na medida em que favorece a organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2001b).

Diante do exposto até agora sobre o desenho que a ESF tem assumido, é possível perceber que ela incorpora os elementos (ou características) centrais da ABS, definidos por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação, já descritos aqui anteriormente. A autora sustenta que dessas características centrais derivam outros aspectos adicionais, que também são amplamente incorporados pela ESF, tais como:

- centralização na família: busca o conhecimento dos membros da família, através de seus problemas de saúde e do reconhecimento da família enquanto espaço singular;
- competência cultural: comprometida como a capacidade que os profissionais das equipes devem desenvolver no sentido de reconhecer características e necessidades específicas das populações com as quais estão inseridos, tais como suas peculiaridades culturais, diferenças étnicas, raciais entre outras;
- e orientação comunitária: refere-se ao entendimento de que as necessidades de saúde e outras necessidades expressas pelas famílias relacionam-se ao contexto social mais amplo, ao qual elas pertencem.

Ao incorporar os princípios do SUS, aponta para a possibilidade de uma “radical”<sup>4</sup> descentralização da gestão, das práticas e ações tanto de prevenção quanto de promoção da saúde. São possibilidades que impelem para a necessidade da participação e para novas e diferentes maneiras de organizar a atenção à saúde

---

<sup>4</sup> De acordo com Souza (2003:68), a radicalização do acesso consiste no resultado de uma “oferta eficaz e sistematizada dos serviços básicos de saúde, que satisfaçam as necessidades de saúde da população, dispostos em lugares acessíveis, garantindo o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema”.

na localidade. Dessa forma, cada membro da equipe de Saúde da Família é responsável por realizar determinadas atividades específicas, de acordo com sua capacitação profissional e seu papel nas equipes. Por conseguinte, compete às equipes da Saúde da Família: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população, que elas atendem, está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. (BRASIL, 1994; 2001b). Os elementos da atenção comunitária caracterizam-se pela avaliação ativa e detalhada das necessidades de saúde da comunidade e a resposta a estas necessidades considerando a comunidade como um todo, em todos os seus aspectos, sociais, econômicos, biológicos e culturais. (HILLS & MULLET, 2000).

Tem, então, como eixo de orientação das práticas de atenção a

[...] organização o trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; o vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica. (SOUZA, SAMPAIO, 2002, p. 20-21).

A ESF vem se colocando cada vez mais como estruturante, para a reorganização dos serviços de atenção básica e para a reorientação das práticas em saúde, na tentativa de inverter a concepção atual do modelo tradicional vigente, imprimindo-lhe a concepção da saúde como produto social. (BRASIL, 2001b). Nesse sentido, a lógica de trabalho precisa conduzir as ações de modo a constituir esse espaço não apenas como porta de entrada do sistema de saúde, mas incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada, que contemple, além da prevenção e do

tratamento dos agravos, a implicação dos determinantes sociais, econômicos e culturais no processo de saúde e de adoecimento dos sujeitos.

#### **2.1.4 Revisitando a história da Atenção à Criança**

Quando o problema de pesquisa foi sendo construído, uma outra tarefa apresentou-se como um convite para discorrer sobre as práticas assistenciais à criança. Portanto, tornou-se necessário fazer um recorte histórico para legitimar e configurar o processo assistencial à criança ao longo do tempo, e buscar uma aproximação com as práticas atuais de cuidado e com a Política de Atenção à Criança. Este exercício de olhar para trás permitiu entender o lugar da criança na família e nas práticas de saúde. Consideramos importante, apresentar estes antecedentes, pelo fato de a história ter acumulado consideráveis informações sobre a criança e o passado das práticas de atenção a esse grupo etário.

Neste caminhar para o passado, é possível perceber quão expostas estavam as crianças à morte e ao abandono, pois não existiam, em relação à criança, sentimentos de carinho, atenção e proteção por parte da família e, em especial, pelos pais (ORLANDI, 1985), isto é, não havia a consciência da particularidade infantil que distingue a criança do adulto. Pelo contrário, desde pequenas, as crianças eram afastadas da família ou abandonadas com bilhetes em suas vestes, dizendo particularidades de sua existência, talvez com a intenção de os pais voltarem a tê-las. Outras eram acompanhadas por enxovais luxuosos, que permitia-lhes identificar a origem social. O sentimento dos pais pelas crianças era superficial. Se morressem, a regra era não fazer muito caso, pois logo seriam substituídas por outras, já que não havia instrumentos para o planejamento familiar. (ORLANDI, 1985).

A história tem mostrado que a forma como a infância é vista e o modo de tratamento dispensado à criança foi sensivelmente modificado com o surgimento da família moderna. Ariés (1981) fez grande contribuição para a história da infância. Por meio de estudos de documentos e da iconografia ao longo dos séculos, mostra que, até o século XVII, a criança era vista como algo insignificante, tendo pouca importância para a própria família. A história da infância é, nesse período, marcada pelo abandono de crianças. A “passagem da criança pela família e pela sociedade

era muito breve e insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade” e assim acionar mecanismos para o estabelecimento de vínculos afetivos e de responsabilidade familiar. (ARIÉS, 1981, p. 10).

Como não havia entre as famílias, até meados do século XVII, um sentimento de infância semelhante ao contemporâneo, as crianças eram rejeitadas ou abandonadas, como já referido. Badinter (1985) aponta que o abandono da criança até o século XVII não era respaldado somente nos problemas de ordem econômica, mas, muitas vezes, no próprio egoísmo dos pais. As crianças estavam nas mãos de criados desde o momento em que chegavam ao mundo. Pais e mães raramente se preocupavam com os filhos, especialmente durante os primeiros anos. Os cuidados com os filhos eram considerados abaixo da dignidade de uma dama aristocrática. As crianças eram consideradas pequenos animais, não objetos de amor e afeição. (Idem, p. 198).

A criança era “considerada um estorvo para a família” (ORLANDI, 1985, p. 39), daí os vários tipos de rejeição, que podiam ir do abandono físico ao moral e afetivo. Para o autor, o primeiro sinal de repulsa à criança estava na negação da mãe para amamentar. Desde o século XIII, era comum recorrer às “amas-de-leite”<sup>5</sup> ou nutrizes. Quanto mais ricos e nobres, na escala social, tanto mais distantes dos pais estavam as crianças. (DEL PRIORE, 2000).

No século XVI, o hábito se difundiu entre as famílias burguesas e, no século XVIII, espalhou-se por todos os estratos sociais, entre pobres e ricos, nas cidades grandes e pequenas, a tal ponto de as famílias enfrentarem a escassez de nutrizes (ORLANDI, 1985). Nas famílias ricas, os pais das crianças escolhiam as nutrizes segundo o aspecto físico, a saúde e o bom caráter. Mas não havia tantas mulheres nessas condições. A maioria delas era pobre, o que levava as mulheres amas-de-leite a realizar outras atividades fora de casa, pois o que recebiam com a profissão de nutriz era insuficiente. As crianças então ficavam abandonadas e a amamentação era complementada com pedaços de pão “amolecidos e umedecidos na boca das nutrizes”. (DEL PRIORE, 2000, p. 17). Toda essa situação levava a uma alta mortalidade das crianças pequenas.

Somado ao abandono, aos maus tratos, à alimentação inadequada e a

---

<sup>5</sup> Eram mulheres pobres, na maioria escravas, que eram pagas pelas famílias para amamentar as crianças pequenas.

inexistência de práticas de higiene, era comum ainda o uso de narcóticos para que a criança dormisse e a nutriz pudesse, com isso, realizar as tarefas de casa e descansar. O mais comum era o uso do láudano<sup>6</sup> e da aguardente (ORLANDI, 1985) que, pelas doses excessivas que lhes eram dadas, muitas crianças morriam. Uma das maiores dificuldades no cuidado à criança era a amamentação e, recorrer ao leite de vaca, era “sina dos pobres.” (Idem). A falta de condições de higiene na coleta do leite de vaca permitia, na opinião do autor, a recusa por parte das famílias de maior poder econômico e social por esse alimento. Por outro lado, não era fácil oferecer alimentos às crianças, já que “os recipientes eram estranhos e exigiam muita habilidade e paciência”. (ORLANDI, 1985, p.163). É interessante destacar que havia na época, a idéia de que as relações sexuais “estragavam” o leite materno e, portanto, a entrega dos filhos a amas-de-leite era uma forma de o casal não se abster sexualmente.

A literatura aponta várias explicações para a indiferença dos pais em relação aos filhos. Uns acreditavam que, dada a alta mortalidade infantil, os pais não desejavam apegar-se aos filhos para não sofrerem com a morte dos mesmos. (Ibidem). Outros explicam que, principalmente nas famílias de posse, cuidar das crianças era um trabalho indigno e comprometia a vida social dos pais. (BADINTER, 1985). Tais atitudes, na época, não eram consideradas inadequadas; pelo contrário, era normal agir dessa forma; era cultural e socialmente determinado.

No Brasil, o contexto histórico e social desse período foi aprofundado nas análises de Mesgravis (1976), Rizzini (1993), Leite (1997) e Marcilio (1997), que apontam para um novo olhar em prol da causa do menor, constituindo novas políticas assistencialistas, envolvendo preocupações médicas e jurídicas. Revelam os autores que a demanda acentuada de crianças pelas ruas, ou abandonadas em praças ou portas de casas ou igrejas, e as altas taxas de mortalidade infantil, fizeram florescer a filantropia, resultando no surgimento de instituições para abrigo de menores por todo o território nacional. No Brasil, a preocupação com a infância seria expressa pela denúncia de médicos, juristas, educadores e jornalistas. (RIZZINI, 1993).

A partir da metade do século XVIII, surgem algumas publicações médicas aconselhando as mães a cuidarem pessoalmente de seus filhos e a lhes fornecerem

---

<sup>6</sup> Designação popular da tintura de ópio.

o leite materno. Orlandi (1985) e Leite (1997) manifestam que foi preciso criar vários argumentos, fazer um convite ao instinto materno e ao sentimento de dever, como algo peculiar à mãe/mulher e apelar para que a função nutritiva fosse assumida pela mãe. O amor materno adquire, então, um novo conceito, com valores naturais e sociais favoráveis à espécie e à sociedade, com a finalidade de diminuir o número de mortes de crianças. (ORLANDI, 1985).

Surge assim a medicina doméstica, na qual médicos argumentavam sobre a necessidade de as mães amamentarem seus filhos; recomendavam sobre vestuários infantis mais adequados (retirar as faixas que tolhiam os movimentos da criança), atribuindo valores às brincadeiras e espaços da criança. (ORLANDI, 1985). Sugere o autor que a medicina doméstica teve repercussões positivas nas famílias burguesas, que se transformaram no sentido de um controle das crianças contra as doenças e a ação das nutrizes. No entanto, para as famílias pobres, não houve mudanças. As crianças continuavam sendo abandonadas e assistidas em ambientes com péssimas condições de higiene e longe da família.

Desenvolve-se, nessa época, uma nova mãe, responsável pela saúde dos filhos e uma maior inserção do profissional médico na família. Passam a ser estabelecidas uma série de regras práticas e normas higiênicas para a criança, caracterizando-se como embrião de um corpo de conhecimento que viria a se chamar, no futuro, Higiene Infantil e, depois, Puericultura. (ORLANDI, 1985).

A partir de então, ocorreram mudanças importantes na atitude da família para com a criança. A família transformou-se profundamente, na medida em que modificou suas relações internas com a criança. (ARIÉS, 1981). Os pais passaram a se preocupar em vigiar os filhos, de ficar mais perto deles e de não abandoná-los, mesmo temporariamente, “a família concentrou-se em torno da criança”. (Idem, p. 159).

Uma mudança significativa ocorreu nesse meio tempo. As amas-de-leite passaram a se deslocar em lugar da criança. Passaram a morar na casa da família e, conseqüentemente, os pais passaram a não se separar dos bebês. (ORLANDI, 1985). A criança conquistou, nessa época, um lugar junto de seus pais, lugar que não poderia ter, no tempo em que o costume determinava que fosse confiada a estranhos.

Essa volta das crianças ao lar foi um grande acontecimento, o que deu à família do século XVII a sua principal característica e que a distinguiu das famílias

medievais. A criança tornou-se importante e indispensável na vida cotidiana, e os adultos passaram a se preocupar com a saúde, com a educação e com o futuro dela. (ORLANDI, 1985; LEITE, 1997).

O sentimento pela infância é, portanto, relativamente recente em nossa história, ao se considerar que somente por volta de meados do século XVII a criança passa a ser o centro do universo familiar.

### **2.1.5 Vendo a prática caritativa e filantrópica de atenção à criança: a Roda dos Expostos**

A Roda<sup>7</sup> dos Expostos foi uma das instituições brasileiras de mais longa duração, sobrevivendo a três grandes épocas da nossa história. Criada na época da Colônia perpassou e multiplicou-se no período imperial, conseguiu manter-se durante a República, e só foi extinta definitivamente na recente década de 1950. (MARCILIO, 1997). Por quase um século e meio a roda de expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança no Brasil. (ORLANDI, 1985). Assim, em vez de abandonar o bebê indesejado pelos caminhos, bosques, praças, em latas de lixo, nas portas de igrejas ou casas de famílias, onde poderia morrer de frio, fome ou ser devorado por animais, colocavam-no de forma anônima na *roda*, onde ficava protegido. Essa forma de regime assistencial seguiu seu curso, estendendo-se até o período republicano e, em decorrência do crescente número de crianças abandonadas, foram sendo criados grandes orfanatos, patronatos e seminários, mantidos, sobretudo por irmandades religiosas, onde as crianças eram atendidas coletivamente. (MARCILIO, 1997).

As Rodas surgiram com as confrarias de Caridade do século XII, as quais se caracterizavam como assistência caritativa missionária (MARCILIO, 1997). O Papa Inocêncio III, chocado com o número de bebês encontrados mortos, criou o Hospital de Santa Maria/Hospital de Roma, administrado pela Confraria do Espírito Santo em Montpellier na França. Nascia assim o primeiro Hospital destinado a acolher as

---

<sup>7</sup> Consistia de um cilindro que tinha um de seus lados abertos e girava em torno de um eixo vertical que era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criança. A seguir, girava a roda, puxava uma corda que acionava uma sineta, como sinal de que um bebê acabara de ser abandonado. As crianças eram depositadas na Roda e era rigorosamente vedada a busca de informações sobre o expositor.

crianças abandonadas e assisti-las. Nele eram recebidos pobres, peregrinos doentes, leprosos e crianças. (Idem).

No início do século XVI, havia, em Lisboa, duas grandes instituições de assistência às crianças, onde funcionavam as Rodas de Expostos: o Hospital de Santa Maria dos Inocentes (1321) e o Hospital de Todos os Santos fundado em 1492 (Ibidem), ambos com o objetivo de receber as crianças rejeitadas por suas famílias.

A tradição passou para o Brasil, quando, no século XVIII, foi reivindicada à Coroa a permissão para a criação da primeira Roda na cidade de Salvador (1726), nos mesmos moldes da de Lisboa. A medida decorreu da preocupação das autoridades com o crescente fenômeno do abandono de bebês pela cidade de Salvador. (ORLANDI, 1985).

No Rio de Janeiro foi instalada a segunda Roda, em 1738. E a terceira, na Santa Casa de Misericórdia do Recife, em 11.05.1789, já no final do século XVIII. Aos poucos, as Rodas foram sendo oficializadas nas Santas Casas, como prestação de serviços ao Estado. Perdia-se, assim, o caráter caritativo da assistência para uma nova fase, a filantrópica, instituída pela Lei dos Municípios, de 1828, cujo objetivo era incentivar a iniciativa particular a assumir a tarefa de criar as crianças abandonadas com recursos municipais. Marcilio (1997) acentua que as Rodas caracterizavam-se por um espírito filantrópico utilitarista com precárias condições para assistir às crianças.

A partir da Lei dos Municípios outras Rodas foram criadas no Brasil:

- na Província do Rio Grande do Sul, foram criadas três Rodas: em Porto Alegre (1837), Rio Grande (1838) e Pelotas (1849);
- na Bahia, na cidade de Cachoeira (foi a segunda Roda da Bahia);
- em Pernambuco, na cidade de Olinda;
- no Rio de Janeiro, na cidade de Campos;
- em Santa Catarina, na capital Desterro (atual Florianópolis);
- no Espírito Santo, em Vitória;
- em Mato Grosso, na cidade de Cuiabá.

No total foram 13 Rodas no Brasil: três criadas no século XVIII (Salvador, Rio de Janeiro e Recife), uma criada no início do Império (São Paulo) e as demais criadas com a Lei dos Municípios, desde que na cidade houvesse uma Santa Casa



de Misericórdia. (ORLANDI, 1985).

No entanto, as Rodas depararam-se com muitas dificuldades e para contorná-las e melhorar a assistência às crianças, os bispos, com o apoio dos governos provinciais, trouxeram da França as irmãs de caridade de São José de Chamberry e de São Vicente de Paula. Essas irmãs assumiram a administração das casas de Misericórdias e das Rodas, inicialmente de Salvador e do Rio de Janeiro. A vinda das irmãs repercutiu positivamente, o que levou os presidentes de outras Províncias a adotarem a mesma medida. Vieram então para o Brasil, além das irmãs Vicentinas e de São José, as religiosas Dorotéias e as irmãs Franciscanas. (MARCILIO, 1997).

Esse é um aspecto importante a ser assinalado no caráter da assistência à criança a partir de 1830. Aos poucos, vai deixando de ser uma ação descentralizada, de responsabilidade dos municípios e das confrarias, e as províncias vão sendo forçadas a contratar os serviços das Santas Casas ou das ordens religiosas para cuidar das crianças confinadas. (Ibidem).

Em meados do século XIX, deu-se início uma forte campanha para a extinção das Rodas. Aqui, no Brasil, o movimento partiu, inicialmente, dos médicos higienistas, horrorizados com os altos níveis de mortalidade nestas instituições. No entanto, esse movimento não foi suficiente para extingui-las ainda nesse século. As mais importantes (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Salvador) sobreviveram até a década de 1950, sendo as últimas do gênero existentes nessa época em todo o mundo ocidental. (ORLANDI, 1985; MARCILIO, 1997).

Nas cidades onde não havia assistência institucionalizada das Rodas, eram as Câmaras, por exigência legal, as responsáveis pelas crianças. Mas, pelas limitações financeiras, materiais e organizacionais, essas Câmaras atendiam uma parcela muito pequena de crianças. As demais acabavam por morrer logo após terem sido abandonadas “por fome, frio ou comidas por animais”. (MARCILIO, 1997, p. 69). As crianças, que eram encontradas com vida e que não recebiam a proteção da Câmara ou da Roda, eram acolhidas em famílias que as criavam “por dever de caridade ou por compaixão”. (Idem, p. 70).

Com o triunfo do cristianismo, alguns valores éticos, como a preservação da vida, foram sendo fortalecidos. No entanto, por estabelecer rígidos padrões morais para a família, a Igreja provocou um aumento significativo do abandono, porque condenava o adultério e, conseqüentemente, os filhos bastardos que poderiam advir

de relações pecaminosas, fora do casamento, poderiam manchar a honra de uma família. (MESGRAVIS, 1976).

O final do século XIX trouxe transformações. No Brasil, o contexto histórico e social desse período foi aprofundado nas análises de Mesgravis (1976), Rizzini (1993), Leite (1997) e Marcilio (1997), que apontam para um novo olhar em prol da causa do menor, constituindo novas políticas assistencialistas, envolvendo preocupações médicas e jurídicas. A demanda acentuada de crianças pelas ruas, ou abandonadas em praças ou portas de casas ou igrejas, e as altas taxas de mortalidade infantil fizeram florescer a filantropia, resultando no surgimento de instituições para abrigo desses menores por todo o território nacional. No século XX, no Brasil, a preocupação com a infância será expressa pela denúncia de médicos, juristas, educadores e jornalistas, contra o abandono e os maus-tratos à criança. (RIZZINI, 1993). Estes movimentos repercutiram sobremaneira sobre a atenção e o cuidado à criança em todo o mundo. Estes movimentos serão discutidos no tópico a seguir.

#### **2.1.6 Constatando a evolução da Atenção à Criança: da prática caritativa e filantrópica à de proteção**

A partir do século XVIII, a política médica tem como importante diretriz o complexo família-filhos, usada como atenção imediata e principal da medicalização dos indivíduos. A família passa a ser “um dos principais veículos da atuação médica”. (ORLANDI 1985, p. 37). O autor relata que foram definidas regras e obrigações dos pais direcionadas à higiene, vestiário, limpeza, cuidados com o ambiente, amamentação e atividades físicas para melhorar o desenvolvimento das crianças. Nessa perspectiva, a família deixa de ser tão somente um meio de transmissão de bens para se tornar um ambiente onde a saúde de todos os membros passa a ser uma obrigação, favorecendo o desenvolvimento da criança.

A partir de 1860, surgiram inúmeras instituições de proteção à infância tendo como modelo a filantropia fundamentada no conhecimento e na ciência para substituir o modelo caritativo. Os registros históricos apontam que a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, como programa de governo, data de 1920, representada na Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância a qual, em 1923,

foi transformada em Inspetoria de Higiene Infantil. Em 1930, associações filantrópicas foram sendo criadas, tanto para o amparo como para a assistência, entre elas o Rotary Club e a Associação Pérola Bygton. (ORLANDI, 1985; MARCILIO, 1997).

Em 1934, foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância; em 1937, criou-se a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 1937) e, em 1940, o Departamento Nacional da Criança e o Ministério da Educação e Saúde Pública, mantido por recursos próprios do pediatra Morcovo Filho, configurando-se como assistência privada, antecipando-se à ação governamental. (ORLANDI, 1985). A competência desse departamento era de caráter higienista, cabendo-lhe a

Profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis, e de outras evitáveis, e política sanitária dos domicílios, lugares, logradouros públicos, fábricas, oficinas, colégios, estabelecimentos comerciais e industriais, hospitais, casas de saúde, maternidades, mercados, hotéis e restaurantes. (BRASIL, 1940).

O Departamento Nacional da Criança teve atuação no campo médico higienista, e seus programas eram direcionados à vacinação, às medidas preventivas contra a desnutrição, à realização de cursos de puericultura e auxílios técnicos e médicos-assistenciais destinados à infância. (ORLANDI, 1985).

Fazia parte do Departamento Nacional da Criança a Inspetoria de Higiene Infantil, cujas atribuições eram as medidas relacionadas à maternidade, com destaque para a assistência prestada à infância, às operárias no período da gravidez, às crianças nas creches, nos dispensários e nos asilos; medidas destinadas à proteção da infância nas escolas e à fiscalização de todos os serviços de proteção à infância. A Inspetoria foi extinta e criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância sem, contudo, estar subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A partir daí, as ações foram divididas em duas Inspetorias: a da Higiene Pré-Natal e Assistência ao Parto e a Higiene da Assistência à Criança. Essa última era dividida em três seções: Higiene Infantil e Pré-escolar, Assistência Médica à Infância e Assistência Alimentar. (BRASIL, 1972).

Outro momento, que não podemos deixar de registrar, foi a criação do Instituto Nacional de Puericultura, que mais tarde foi incorporado à Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro. (BRASIL, 1972). Em 1941, o

Instituto Nacional de Puericultura é incorporado ao Departamento Nacional da Criança, pelo Decreto-Lei n. 3.775, de 30.10.41. (BRASIL, 1972). Nesse mesmo documento, encontram-se dispositivos que tratam de definir a obrigatoriedade do ensino de puericultura e clínica da primeira infância; preconiza estimular em todo o país a organização de instituições particulares de proteção à maternidade, à infância e à adolescência e instituir um fundo nacional de proteção à criança, formado por donativos especiais e por contribuições regulares. (BRASIL, 1972).

As principais ações executadas pelo Departamento Nacional da Criança (BRASIL, 1940) incluíram a criação de um centro para a formação de puericultores, o apoio técnico e financeiro para entidades de promoção de cuidados básicos de saúde Materno-Infantil nas várias localidades do território brasileiro; o Serviço Social, como instrumento de estudo e intervenção no campo da proteção à infância, que passou a fazer parte da estrutura do Instituto Fernandes Figueira; a criação da Campanha Nacional da Criança; a realização de convênios, como o da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para a assistência de crianças abandonadas, entre outras. O Departamento foi extinto e substituído pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil, cuja finalidade era planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Com a extinção do Departamento Nacional da Criança e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, novas competências foram estabelecidas as atividades relativas à proteção Materno-Infantil: a assistência à gestante, à nutriz e aos lactentes; a proteção à criança em idade escolar e pré-escolar. (BRASIL, 1972).

Em 1964, fase denominada de Estado de Bem-Estar, foi criada a Fundação Nacional de Bem-Estar (FUNABEM) e a Fundação Estadual de Bem-Estar ao Menor (FEBEM) em vários estados brasileiros. (MARCILIO, 1997).

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) com a função curativa de saúde, enquanto o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais com a atenção preventiva.

O Programa de Saúde Materno-Infantil, implantado em 1974 e fortalecido em 1975, teve como propostas, a elaboração dos programas de proteção relacionados aos aspectos operacionais da saúde e da educação a esse grupo da população. Em 1980, a Saúde Materno-Infantil integrou-se à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde onde foram definidas as linhas de Ação

da Saúde Materno-Infantil entre as quais:

- que a assistência Materno-Infantil fosse organizada a partir da necessidade da população e de critérios flexíveis, tendo como fundamento os serviços básicos de saúde e a tecnologia elementar;
- que a assistência à mãe e à criança fosse realizada nos serviços básicos de saúde, no lar e na comunidade, nos locais de trabalho, de educação e de atividades sociais;
- que o trabalho fosse centrado na família como estratégia para cobertura universal das práticas em saúde;
- que a organização dos serviços fixasse como prioridade a assistência ambulatorial; e em casos de internação, foi permitido o cuidado materno ou por outro membro da família à criança; na assistência ao recém-nascido, foi garantido o alojamento conjunto para favorecer o aleitamento materno.

Surgem, a partir daqui, novas diretrizes, novos conceitos para a assistência à criança e ao recém-nascido. O cuidado ampliou-se para além da unidade de saúde, passa a ser centrado na família definindo as diretrizes do alojamento conjunto e a permanência da mãe junto à criança hospitalizada.

A partir de 1990, o Departamento Nacional de Saúde Materno-Infantil passa a chamar-se Coordenação de Saúde Materno-Infantil e, em 1993, Coordenação Materno-Infantil. Atualmente, o Programa de Saúde da Criança encontra-se vinculado ao Departamento de Atenção Básica (DAB) e esse à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Ao DAB cabe desenvolver mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção básica e prestar cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização de ações de atendimento básico, como ao PSF, Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão Arterial, Alimentação e Nutrição, Gestão e Estratégia, Avaliação e Acompanhamento. (BRASIL, 2002a).

Faz parte ainda da SAS, o Departamento de Atenção Especializada (DAE) com as funções de elaborar, avaliar as políticas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS, regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. Ao terceiro departamento da SAS, o das Ações Programáticas Estratégicas (DAPE), compete articular, entre outros, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do

Trabalhador, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência, de Trauma e Violência, orientando estados, municípios e Distrito Federal na execução dos mesmos. Inseriram-se, à atenção infanto-juvenil, a partir da Constituição de 88, os Direitos Internacionais da Criança proclamados pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993). Com esses instrumentos, o Estado assume a responsabilidade da assistência à criança e ao adolescente, e estes se tornam, pela primeira vez na história, sujeitos de direitos.

Ainda em relação à Lei Magna de 1988 (BRASIL, 1998a), constrói-se um novo paradigma na atenção à criança e ao adolescente, por meio de dois importantes artigos o 194 e o 227. No Artigo 194, é garantida a assistência social no tripé com a previdência e a saúde, o *status* de política pública, passando do ideário do sujeito com necessidades para o de garantia de direitos. Enquanto no Artigo 227 é estabelecido que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1998a).

Esses dois artigos procuram construir uma nova cultura, em que a criança passa a ser vista como cidadão e sujeito de direitos e não mais como portadoras de necessidades, cabendo aos serviços assegurar um sistema de garantias de direitos que lhe promovam proteção integral.

No que diz respeito ao ensino da saúde infantil, os primeiros cursos no Brasil, sobre doenças de crianças, marca o início do ensino de Pediatria no ano de 1882. Em 1901 foi fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro e, em 1910, a Policlínica das Crianças e a Sociedade Brasileira de Pediatria. (MARCILIO, 1997). Foram eventos, que historicamente, definiram a importância à saúde da criança no Brasil.

No entanto, até a década de 70, os programas de assistência à saúde no Brasil foram orientados pela lógica de uma atenção à saúde voltada quase sempre aos aspectos relacionados à doença e seus efeitos no corpo biológico. As ações e

atividades desenvolvidas eram basicamente de caráter curativo, centradas na assistência individual, a custo muito elevado, privilegiando os cuidados médico-hospitalares. (PAIM, 1989).

Na saúde da criança, os programas verticalizados e centralizados foram substituídos por outros mais abrangentes, que pressupunham uma maior integralidade nas ações propostas, com vistas a incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, identificar e priorizar ações básicas de comprovada eficácia e baixa complexidade tecnológica, e possibilitar a reintrodução da noção de coletivo nas práticas de saúde. (BRASIL, 1986).

Assim, em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que envolvia cinco ações básicas, quais sejam: acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento; estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; controle das doenças diarréicas, e controle de doenças preveníveis por imunização. As ações nele preconizadas haviam sido propostas no sentido de atender aos agravos mais freqüentes e importantes das crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade. O programa apresentava diretrizes para o atendimento da população infantil nos serviços de saúde em todos os níveis do governo federal, estadual e municipal. (BRASIL, 1984). Assim, o PAISC foi concebido com o objetivo de promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura dos serviços de saúde respondendo ao desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil no país. (BRASIL, 1986).

Apesar dos avanços expressos em leis, o 1º. Encontro da Cúpula Mundial em Favor da Infância, realizado em Nova Iorque pelo UNICEF, em 1990, constatou que as metas traçadas na Declaração de Alma Ata não haviam sido atingidas em muitos países, inclusive no Brasil. Tal fato gerou preocupação mundial e levou organismos internacionais a estabelecerem prioridades concretas, com vistas a reduzir a morbimortalidade infantil, decorrente de doenças preveníveis como diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, até o ano 2000. (UNICEF, 1994). Como resultado desse processo, foi desenvolvida a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) concebida com a finalidade de abordar a criança “como um todo”, em vez de se dirigir somente para o “problema de saúde”. Propõe avaliar a criança de forma sistemática, utilizando os

principais fatores que afetam a saúde das crianças para assim detectar e tratar qualquer “sinal geral de perigo” ou “doença específica”. Estabelece integrar ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde, de forma a reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para que a criança venha a atingir seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes. (FELISBERTO, 2000).

Traduzida para a realidade brasileira, a estratégia AIDPI (BRASIL, 2003b) reintroduziu o conceito de integralidade, surgindo como alternativa para aplicar todas as ações de controle específico, já existentes no PAISC. Reconhecendo que as crianças, saudáveis ou doentes, devem ser consideradas em seu contexto social, a estratégia enfatiza a necessidade de melhorar tanto as práticas relacionadas à família e à comunidade quanto a atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, busca melhorar as habilidades dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as práticas familiares e comunitárias relacionadas ao cuidado da criança. (BENGUIGUI, 2001; CUNHA et al., 2001).

### **2.1.7 Refletindo sobre a Atual Política de Atenção à Criança na ABS**

O processo de consolidação dos princípios do SUS, desencadeado há quase duas décadas, ainda apresenta diversas dificuldades, sobretudo aquelas relacionadas aos aspectos da integralidade. Embora se observem avanços na atenção à saúde da criança, essa ainda tem acontecido de forma desorganizada, isolada e aquém das necessidades de saúde da população infantil. No campo das práticas de atendimento, muito pouco se avançou em direção ao princípio da integralidade do cuidado, permanecendo a lógica hegemônica do modelo biomédico individual. (JUNQUEIRA, 2000; CONNIL, 2002; CAMARGO Jr., 2003a; COSTA, 2004; FIGUEIREDO, MELLO, 2004; CAMPOS, 2006; FAVORETO, 2007a).

No sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como política de Saúde Materno-Infantil. A proteção à maternidade, à infância e à adolescência tem registro como programa de governo desde 1920, representada na seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância, como visto anteriormente. A percepção mais difundida da criança como ser em desenvolvimento foi resultado de um longo processo que



envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até a esfera pública das políticas (MENDONÇA, 2002), que permitiram a adoção de práticas e condutas para esse processo de mudanças. Essas práticas referiram-se à assistência, à saúde e à educação, ao validarem, como opção ao enfrentamento da questão social da criança, a adoção de um caráter universal, obrigatório e de responsabilidade do Estado com a população infantil. (MENDONÇA, 2002).

A atenção à saúde da criança representa para Samico et al (2005), um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Nesse contexto, as autoras, enfatizam que os cuidados básicos em saúde apresentam relevância como possibilidade para o enfrentamento dos problemas. Estudos de avaliação da ABS, como o de Figueiredo e Mello (2004), revelam que as ações básicas dirigidas à saúde da criança tiveram algum impacto, mas ficaram aquém das expectativas. No Brasil, o maior impacto, foi das ações de controle das Doenças Diarréicas, com a Terapia de Reidratação Oral (TRO) e as de imunização para o controle das doenças infecciosas.

Na década de 80, numa ação coordenada entre o governo federal, as secretarias estaduais e municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, foi elaborado o PAISC, por meio de cinco ações básicas: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o desmame, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. (BRASIL, 1984). Com esse programa, o MS marcou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando a estratégia da assistência integral. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento foi o eixo integrador das práticas assistenciais à criança por meio da sistematização de retornos ao serviço de saúde. (FIGUEIREDO; MELLO, 2004).

Em 1986, ampliam-se investimentos na saúde para promover a organização da atenção primária nos municípios brasileiros. Para tanto, o MS define o PACS e o PSF como potencializadores para a vigilância da saúde infantil, com destaque para a disseminação do Cartão da Criança, como instrumento do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento.

As políticas de saúde, na área da criança, a partir das décadas de 80 e 90, desenvolveram programas buscando oferecer atendimento mais qualitativo e efetivo à criança. Dentre eles destaca-se o PAISC, o PSF, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Projeto

Acolhimento mãe e bebê, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e mais recentemente a estratégia AIDPI. Apesar dos esforços e avanços alcançados, alguns indicadores de saúde da criança como, por exemplo, mortalidade infantil, ainda aponta para problemas que precisam de ações/práticas/intervenções na tentativa de revertê-los e/ou melhorá-los.

Com o objetivo de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) lança e divulga, em julho de 2004, a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, definindo ações profissionais, tendo como foco a criança nos vários espaços de atenção (unidade de saúde, domicílio, creches, escolas, hospitais). Nessa perspectiva, a criança poderá ser beneficiada integralmente por uma equipe interdisciplinar que compreenda todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. (Idem). Nesse documento, são apresentados os eixos de ações a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à saúde, tais quais: Atenção Humanizada e Qualificada à Mulher, a Gestante e ao Recém-Nascido; Triagem Neonatal; Incentivo ao Aleitamento Materno; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade Infantil; Combate a Desnutrição e Anemias Carenciais; Imunização; Atenção às Doenças Prevalentes; Atenção à Saúde Bucal; Prevenção de Acidentes, Maus Tratos, Violência e Trabalho Infantil; e Atenção à Criança Portadora de Deficiência. É marcada uma diretriz política para consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isso a estratégia da assistência integral por meio de atividades de baixa complexidade e de baixos custos.

Tais condições convergem para a proposta da promoção da saúde e a integralidade do cuidado à criança, compreendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência a agravos como objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança. Resume-se no desafio de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial.

Em que pese a importância dessas demandas, o Ministério da Saúde (BRASIL 2004a) seleciona, como princípios norteadores do cuidado na saúde da criança, o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilidade, a assistência integral e resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o envolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde e participação da família.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2004a), na perspectiva da Atenção Integral à Saúde da Criança, e para a organização da assistência, aponta como estratégia as Linhas de Cuidado. Coloca-se, assim, como possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e a possibilidade para o cuidado integral. Nessa perspectiva, a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três principais eixos, quais sejam: nascimento saudável, atenção à criança menor de um ano, atenção à criança de 1 a 6 anos e de 7 a 10 anos. (BRASIL, 2004a). Tais eixos compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição, como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender a integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas. (BRASIL, 2004a).

Desse modo, a Atenção à Saúde da Criança, representa um marco ao propor o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado, e a sua adoção mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos da criança.

## 2.2 TECENDO COMENTÁRIOS SOBRE CUIDAR E CUIDADO: ALGUNS MATIZES

Feitas estas considerações e contextualizações sumárias das políticas de saúde, da ABS e da atenção à criança ao longo do tempo, pretendemos trabalhar uma pequena parte da argumentação disponível sobre cuidado e cuidar. Tão grande é a sua diversidade, e pela riqueza desta discussão, vamos dialogar apenas com alguns conceitos e autores, certas de que muitos outros aspectos são fundamentais para a temática do cuidar e do cuidado. Temos consciência de que apresentaremos apenas algumas tessituras.

Iniciar um texto sobre o cuidado e o cuidar é também pensar introduzir a temática a partir de Florence Nightingale, por ter sido ela a matriarca da Enfermagem científica. A sua teoria centra-se na defesa de que o ambiente saudável é necessário para o cuidado e o cuidar dos doentes. Apresenta os cinco componentes essenciais da saúde ambiental: ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz. Associou ainda os conceitos de calor, a preocupação com a dieta dos doentes e a preservação do “sossego”, pois o barulho era para Florence um aspecto prejudicial ao doente. A sua teoria está intimamente ligada à interação doente/doença, cuidado/cuidar e ambiente (TOMEY, ALIGOOD, 2002), conceitos extremamente importantes e determinantes na contemporaneidade.

Na perspectiva de Collière (2003, p. 146), cuidar tem o sentido de “tomar conta” e se propõe a manter, a promover e a desenvolver tudo o que existe ou todo o potencial de vida que os seres vivos conservam. Defende a diversidade e a variedade de cuidados, contrapondo-se ao uso de cuidado no singular. Assegura que qualquer situação de cuidados é, em si, uma situação antropológica, porque consiste em ficar próximo das pessoas. É um encontro que obriga o profissional a distanciar-se, *a priori*, do seu saber. Trata-se de “compreender, na desordem, o que é ordem do outro. Vai para além do desconhecido para descobrir e compreender. Necessita ver e escutar para descobrir para compreender”. (COLLIÈRE, 2003, p. 148). Para a teórica, dessa forma é possível fazer surgir a dinâmica estruturante das situações de cuidados. O cuidar é uma ação de ajuda que, para a autora, significa ouvir os pacientes e ter, ao mesmo tempo, condição para unir ação e reflexão, construir projetos de cuidados em parceria com pacientes e famílias, de acordo com seus hábitos e crenças.

Esse olhar para os aspectos culturais nos faz lembrar Madeleine Leininger, teórica da Enfermagem, cuja teoria é fundamentada no modelo transcultural, no qual identifica que as diferentes formas de cuidado estão relacionadas a padrões culturais. Defende que o cuidado culturalmente congruente é o que satisfaz os clientes e é uma poderosa força para a qualidade dos cuidados. Entre os termos da Teoria do Cuidar Cultural propostos por Leininger (1991), destacamos aqui três deles: cuidado, cuidar e cultura.

Por cuidado, a teórica refere-se aos fenômenos concretos e abstratos relacionados com a assistência e com o apoio para possibilitar comportamentos visando melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana. Cuidar

corresponde a ações e atividades para assistir, apoiar ou capacitar o indivíduo ou grupos de indivíduos para melhorar ou aperfeiçoar a vida, a condição humana ou para encarar a morte. Cultura diz respeito aos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e pertinentes a um grupo específico que orienta a tomada de decisão e as ações dos indivíduos.

O cuidar cultural é definido por Leininger como valores, crenças e modos de vida aprendidos e transmitidos, que apóiam, facilitam ou habilitam o indivíduo ou grupo a manter a sua saúde, melhorar seus modos de vida e a lidar com a doença, com as limitações advindas da doença ou com a morte.

Cuidado, para Heidegger (2006), é ocupação e preocupação. Enfatiza que o homem possui a origem de seu ser no cuidado e, que este cuidado, mantém e domina o ser-no-mundo. Para o autor, os fenômenos identificados no cuidado são vontade, tendência, desejo e propensão. Com isso, o autor sugere o cuidado como constituição ontológica subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz.

Essas afirmações aproximam-se do que Boff (1999) identifica no cuidado como sendo essência do humano. Porque, para ele, cuidar “é mais que um ato, é uma atitude [...] de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro” (Idem, p. 33). E como atitude, gera muitos atos “mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude”. (Idem, p.91). É, portanto, entrar em sintonia com o outro numa relação “não de domínio sobre, mas de con-vivência”, não de intervenção pura e simplesmente, mas de “inter-ação e comunhão”. (BOFF, 1999, p. 95). Pelas afirmações, o cuidado materializa-se na ocupação e se expressa na ação de cuidar.

Como diz Ricardo Ayres é no encontro com o outro que se incorpora a preocupação com o “projeto de felicidade” dos usuários, em um diálogo permeado tanto pela racionalidade técnica como pelos aspectos não técnicos. É esse diálogo que “torna possível caminhar para formas progressivamente legítimas e efetivas de encontro terapêutico”. (AYRES, 2007, p.132). O cuidado tem, para o autor, o sentido de projeto terapêutico. Compreendemos que, como projeto, não se trata de uma ação isolada e pontual. Não é um ato isolado. São atitudes que se iniciam em dado momento e em determinada situação e que não têm hora nem data para serem encerradas e concluídas. É um projeto e, como tal, é pensado, planejado, construído, negociado, flexível, portanto, reconstruído a cada encontro. É co-

construído. É a concretude do encontro, onde objetividade e subjetividade se misturam, convivem e não competem. Utilizam-se mutuamente. É um projeto que se configura “enquanto conteúdo e essência da vida dos seres da natureza. [...] processo dinâmico produtor e protetor da vida”. (ERDMANN, 1996, p. 38).

Aproximando-se da idéia de processo, Bettinelli (2001) afirma que o cuidado é interativo, dinâmico, de envolvimento, onde conhecimentos e sentimentos são compartilhados, exigindo respeito à dignidade humana. É um processo interativo permeado pela solidariedade. Esse é, para o autor, o que denominou de “cuidado solidário”, que se caracteriza pela interação construída entre quem cuida e quem é cuidado, envolvendo atitudes éticas, de sensibilidade e reciprocidade.

Cuidar de outra pessoa, no sentido mais significativo, é ajudá-la a crescer e a se realizar. Nesse sentido, cuidado é processo, “uma maneira de se relacionar com alguém que implica desenvolvimento através da confiança mútua, e de um aprofundamento e uma transformação qualitativa do relacionamento”. (MAYEROFF, 1971, p. 24). Ao contrário de domínio, há investimento para o crescimento do outro, vendo no outro potencialidades e necessidades para crescer. Para tanto, o autor sugere que é preciso dedicação, pois é pela dedicação que o cuidado adquire substância.

Mayeroff (1971) compreende o cuidado pela combinação do conhecimento com paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem, aliando essas características a ritmos alternados, o que significa agir e avaliar no sentido de modificar e adequar comportamentos para melhor ajudar o outro. Ele relata que o conhecimento compreende conhecer quem é o outro, quais são os seus poderes e limitações, mas também saber quais são os poderes e limitações de quem cuida. A paciência inclui a tolerância, a dedicação e o respeito pelo outro, pois “ter paciência não é esperar passivamente que aconteça alguma coisa, mas é um modo de participar com o outro”. (MAYEROFF, 1971, p. 37). A sinceridade, enquanto componente do cuidado, compreende que, “ao cuidar do outro, devo ver o outro como ele é e não como eu gostaria que fosse ou como sinto que deve ser”. (Idem, p.38). O autor faz relação entre ser sincero e ser autêntico, ou seja, não deve haver diferença entre o agir e o sentir. O cuidado implica confiar, o que exige coragem para correr riscos e humildade para aprender mais sobre o outro e sobre si mesmo. A esperança apresenta-se, para Mayeroff, como possibilidade, pois onde não há possibilidade há desespero.

Cuidar não designa somente atividades de socorro, de ajuda, de assistência. O cuidado tem, como elemento intrínseco, a relação pessoa-pessoa e, enquanto atividade, envolve e desenvolve com o processo de viver. É uma forma de enfrentamento às circunstâncias a que estão expostas as espécies. (ERDMANN, 1996). Cuidar indica uma maneira de se “ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos”. (HONORÉ, 2004, p.17).

A ação de cuidado designa a face subjetiva, interior do agir cuidador, daquilo que foi desejado e também das condições em que o cuidado se realiza. O cuidado é também inquietação, uma maneira de ser ou de agir. Cuidado é solicitude e, enquanto solicitude, ele caracteriza uma disposição do espírito face a qualquer coisa ou a alguém. A solicitude marca o nosso interesse pelos outros e pelas coisas que desejamos conservar. (HONORÉ, 2004, p. 71).

Em Hesbeen (2000), o cuidado tem a ver com atenção, designa o fato de estar atento a alguém ou a alguma coisa. Cuidar é atenção, é arte, é valor. É uma atenção particular, única. Não pode ser repetida de indivíduo para indivíduo,

é sempre singular, pensada, repensada, criada [...]. Revela uma perspectiva do cuidar sem a qual as intervenções se limitariam aos gestos, às tarefas, às técnicas [...] e teriam muito pouco sentido para os beneficiários de cuidados, dando-lhes apenas um pouco de ajuda. (HESBEEN, 2000, p. 10).

O autor descreve, com propriedade, que cuidado designa atos através dos quais se cuida. Quando os atos enquadram-se numa perspectiva de cuidar, revelam o cuidado. Realizar atos é do campo do complicado; ajudar alguém se inscreve no campo do complexo. Portanto, o cuidado é complexo e, se é complexo, é sempre singular, único, irrepetível. Realizar atos dirige-se ao corpo objeto, enquanto cuidar dirige-se ao corpo sujeito. O autor resume afirmando que “cuidar é arte daquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. (HESBEEN, 2000, p.37). É arte, porque permite ao cuidador apoiar-se em conhecimentos globais e adequá-los a uma situação em particular. Cuidar é valor, porque permite situá-lo no plano do desejável e da sua dimensão profunda e generosamente humana.

Em sentido similar, Waldow (2006) traz o cuidado como fenômeno resultante do processo de cuidar, representado pela forma como ocorre o encontro entre

cuidadora e ser cuidado. O cuidado é, para a autora, imprescindível em todas as situações, sejam de enfermidades, incapacidades, no processo de morte, na ausência de enfermidades e no cotidiano dos seres humanos. O cuidado é um “compromisso com o estar-no-mundo”, é ação interativa que envolve o crescimento do outro e ocorre independente da cura. Tem uma intenção e “não há preocupação com um fim”. Tem como objetivos, entre outros, “aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer”. (WALDOW, 2006, p.89).

Pelas afirmações dos autores referidos é possível pensar o cuidado como uma forma de se relacionar e uma forma de ser/estar. Autores e profissionais de várias áreas, enfermeiros, filósofos, sociólogos, antropólogos, entre outros, têm contribuído para a compreensão do cuidado e de seus significados.

Lembramos aqui que a medicina tecnológica, responsável por grandes avanços na identificação de doenças e no tratamento, marcou a separação da medicina das doenças da medicina dos doentes, representada pela desumanização das práticas de saúde. Mas o processo de cuidar nas diversas situações, seja de saúde ou de doença, nos mostra a necessária articulação com a dimensão humana. Essa condição significa muito mais que curar, porque inclui um olhar, uma atenção e uma escuta ao sujeito e não à doença. Exige, portanto, comportamentos, habilidades e atitudes singulares. Aproxima-se da condição humana e do cuidado humanizado.

Assim, o cuidado como valor articula-se com tudo o que é humano e humanizador. Essa dimensão nos faz lembrar o cuidado humanizado como

conjunto ampliado e sinérgico de atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos em uma dada relação terapêutica. Atitude de respeito à diferença; ética a fim de prover melhor beneficência, respeitando a potencial autonomia do sujeito; de empatia ao sofrimento vivido; e de acolhimento a quem sofre. Conhecimentos de diversas ordens [...] direcionados da maneira mais eficaz possível à produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E, finalmente, um conjunto de procedimentos que operacionalizam esses conhecimentos voltados ao mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e distintas segundo as necessidades de cada paciente. (DESLANDES, 2007, p.392).

No conceito de cuidado como atitude ética, de direitos e responsabilidades, torna-se essencial a alteridade<sup>8</sup> como critério

---

<sup>8</sup> Alteridade condição de ser distinto de outro no seu modo de ser específico, na sua essência ou na sua existência (LOGOS. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. São Paulo: Editorial Verbo).



ético no encontro com o outro.

Cuidar “como ir ao encontro do outro” (ZOBOLI, 2004, p.63) é uma proposta ética e não um ato isolado de assistência ou atenção à saúde. Apresenta-se como atitude. Revela-se como modo de ser que se funda como atitude de ocupação, de responsabilização e sensibilidade para com a experiência humana. Mostra-se pelo reconhecimento da realidade do outro, como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças. O profissional cuidadoso é dotado de um princípio ético que

valoriza as relações interpessoais, [...] evoca uma responsabilidade que, por ser essencialmente ética, torna-se mútua, pois corresponde de parte a parte, recíproca. [...] o ideal do cuidado consiste, então, numa atividade de relacionamento [...] e de integrar direitos e responsabilidades. (ZOBOLI, 2004, p. 67-68).

Com isso, o profissional cuidadoso é aquele que vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo construindo dessa forma o imperativo do encontro. Cuidar é estar presente – estabelecer laços pessoais de subjetividade – e onde há espaço para a confiança e para a esperança (SANTIN, 1998). No seu texto, o autor descreve poeticamente que gostaria que:

essa presença tivesse mãos hábeis e carinhosas. Hábeis porque fundadas em conhecimentos seguros e dotadas de técnicas eficazes; carinhosas, porque inspiradas num coração sensível. Acima de tudo gostaria que esta presença tivesse um rosto. Um rosto comunicativo, expressivo, falante, mesmo no mais profundo do silêncio; e o rosto fosse iluminado por um olhar humano, com um elo que me une a todos os olhares amigos que esperam a restauração da plenitude da vida; ou então, o último gesto que comunica com a paisagem da vida que desaparece. (SANTIN, 1998, p.113).

Ao discorrer sobre cuidado, o autor faz a relação entre cuidado e conforto e nos anima ao dizer que tanto um como o outro “são comportamentos, atitudes e valores vividos no cotidiano das pessoas” e que dizem respeito ao ser do homem, pois “o homem é um ser do cuidado, da cura, da preocupação”. (SANTIN, 1998, p. 119). Indica a perspectiva do cuidado como processo intensamente humano, pela qual cuidar é estar em sintonia com o outro, pois “todo cuidar está relacionado com

respostas humanas e intersubjetivas” (WATSON, 2002, p. 55). O cuidado dirige-se assim para a proteção da dignidade humana e como atividade humana sugere interação.

Silva (1997) utilizando a terminologia transdimensional, resgata a dimensão divina e sagrada do ser, da natureza e da vida, e, a partir dos conceitos de imanência e transcendência, o cuidado expressa-se na convergência entre arte, ciência e espiritualidade. A expressão, Cuidado Transdimensional, requer, na opinião da autora, novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais/rationais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multissensoriais de percepção.

O cuidado transdimensional caracteriza-se por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída a partir da interação, do diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedade. Ainda, em outra parte da sua obra, Silva (1997) destaca que o cuidado é constituído por um conjunto de padrões e significados que emerge da interioridade dos seres envolvidos, bem como da indissociabilidade desses com o meio onde se encontram, expressando-se através das percepções multissensoriais desses seres. Embora cada ser envolvido no cuidado contribua com suas próprias habilidades, torna-se difícil definir limites de participação de cada um. Por isso o cuidado envolve parceria.

Ao conceituar e caracterizar o cuidado, os autores aproximam-se, em especial, de seis dimensões: o cuidado como valor, como atitude de interação, de responsabilidade, de dedicação e respeito e, sobretudo atitude ética por onde se singulariza o homem nas suas necessidades e potencialidades. É, pois, a simbiose dessas e muitas outras dimensões que dá ao cuidado a sua complexidade e a sua unidade. O cuidado insere-se como “expressão da humanidade e sensibilidade do ser humano” (MAIA, VAGHETTI, 2008, p. 31) na valorização da vida.

Cuidado são sentimentos, ligados e re-ligados, formando um todo diverso e includente. Emerge daí o valor substantivo da dimensão do amor, do respeito, da alteridade, da reciprocidade e da complementaridade para e no cuidado. Parece-nos necessário reconhecer que, para cada um dos autores/estudiosos o cuidado e o cuidar têm um ou mais sentidos. São sentidos que se complementam e enriquecem as dimensões do cuidado. Para além das particularidades e da diversidade de

sentidos, o cuidado nos convida a transcender e a olhar para além dessas perspectivas, deixando que surjam outras novas dimensões e sentidos.

Sumariando os sentidos e dimensões do cuidado e do cuidar, podemos aduzir que:

*Cuidar é atenção:*

*estar atento a alguém ou a alguma coisa*

*Cuidar é se ocupar:*

*de alguém ou de alguma coisa*

*Cuidar é reconhecer:*

*a presença do outro,*

*a diferença do outro,*

*e valor do outro,*

*a dignidade da vida do outro*

*Cuidar é assumir:*

*a solidão - porque ninguém pode ocupar o lugar do outro;*

*os limites de cada um - pois as nossas capacidades são limitadas para realizar*

*desejos*

*Cuidar é fazer escolhas:*

*porque não se pode fazer tudo*

*Cuidar é incerteza:*

*porque quase nada é certo,*

*porque permite a crítica,*

*que permite escolhas, que permite limites*

*Cuidar é cultivar:*

*a solidariedade, a dignidade,*

*a liberdade, a autonomia,*

*a responsabilidade,*

*e saber do outro,*

*a presença do outro*

*Cuidar é...*

*saber tornar-se*

*Tuidar é:*

*ir ao encontro do outro,*

*fazer caminho com ele*

*Tuidar é:*

*encontrar a justa distância que nos separa do outro*

*Tuidar é:*

*ter a capacidade explícita de se indignar...*

*Tuidar é:*

*solicitude*

*Tuidar é:*

*compreender pequenos sinais*

*Tuidar é:*

*comunicar*

*não dizer uma coisa qualquer,*

*nem pensar que o outro nos diz uma coisa qualquer,*

*Tuidar é:*

*um silêncio dado ...*

*Tuidar é...*

*a surpresa da frase inesperada, que nos desmonta pela beleza,*

*que nos fascina pelo inusitado!*

*Tuidar é:*

*Paciência, quando buscas sem te lamentar,*

*quando procuras,*

*quando esperas que germine a semente.*

(Francisca Georgina, Outubro, 2007)

### 2.3 COMENTANDO SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM FIO ESTRUTURADOR

No Brasil, a discussão sobre a integralidade foi iniciada na década de setenta. A partir dos anos 80, a integralidade em saúde vem sendo colocada como importante questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário. Inicialmente a integralidade foi pensada a partir da articulação entre os aparatos institucionais prestadores de serviços, da integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária. Depois, foi pensada como alternativa para a gerência dos serviços de saúde. (KELL, 2005). De qualquer modo, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública para a consolidação do SUS. E como tal, inscreve-se no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1998a) e como uma das diretrizes do sistema de saúde, no artigo quarto da Lei 8.080. (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) define integralidade como

o reconhecimento na prática dos serviços, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Assim, o princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades de forma integral. A integralidade está intimamente ligada à concepção de saúde e de doença, e aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção e à recuperação da saúde.

A integralidade ganha relevância, uma vez que as ações e os serviços do

SUS devem ser desenvolvidos obedecendo, entre outros, ao princípio da integralidade, entendido como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1994). Portanto, pensar a integralidade sob essa perspectiva é aceitar a necessária articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica e de assistência do sistema de saúde. Dessa forma, a integralidade passa a ser sustentada e defendida como valor nas práticas dos profissionais de saúde que se expressa na forma como esses respondem às necessidades das pessoas atendidas. (MATOS, 2006). Insere-se e amplia-se na percepção e discussão do processo de trabalho e para as diferentes formas de organização dos serviços. A integralidade, no contexto do SUS, pode ser vista como uma imagem objetiva, uma noção amálgama, com vários sentidos:

Integralidade como crítica à atitude médica fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e a segmentação, à atitude médica reducionista e à formação dos profissionais de saúde. Sob essa dimensão a integralidade recusa reduzir o usuário/sujeito ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto a queixa. Aqui a integralidade é compreendida a partir do referencial da Medicina Integral;

Integralidade como crítica às práticas dos profissionais de saúde. Como dimensão das práticas, a integralidade busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde demandadas por um indivíduo. Pressupõe a interação das ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e as ações curativas e reabilitadoras. Nesse sentido, a integralidade é tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva;

Integralidade como modo de organizar as práticas: relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde, critica a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, e fortalece uma crítica aos programas verticais instituídos pelo Ministério da Saúde. A integralidade é aqui compreendida como horizontalização dos programas;

Integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico. A integralidade sob essa dimensão objetiva articular atenção à demanda espontânea com a oferta programada de

atenção à saúde, busca ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional e de ampliação da eficiência. A integralidade é apresentada como oferta de programa de atenção à saúde;

Integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento: significa articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando necessário, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção. A integralidade diz respeito ao acesso aos diversos níveis de atenção no sistema de saúde;

Integralidade como construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersectorial, ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções e de qualidade de vida. Nesse aspecto, a integralidade aponta para ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho ou das políticas, ela implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e uma abertura para o diálogo. (KELL, 2005).

Na opinião de Pinheiro e Luz (2003), a concretização de um sistema integral de saúde não passa pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares, mas pela construção incessante de práticas eficazes. A ação integral é entendida como “o entre-relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições traduzidas em tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”. (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004, p. 21). Nessa medida, o cuidado só é possível se há condições concretas para o diálogo, para o vínculo, para a solidariedade. O cuidado só pode existir “na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social” (AYRES, 2001, p. 45).

É importante considerar o enunciado de Mattos (2004, p. 121) quando diz que:

O que caracteriza o melhor cuidado é a sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade. O que não significa que devemos rejeitar as contribuições da ciência para o cuidar. Ao contrário, significa que devemos utilizar o conhecimento científico com responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as aparentes possibilidades de intervenção e nossa capacidade de

antever as conseqüências desse cuidado.

Defender a integralidade, segundo as reflexões de Mattos (2004), não implica deixar de lado todo o conhecimento sobre as doenças; significa um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, guiado, sobretudo, por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos.

A organização do SUS tem como grande desafio, a construção de um modelo tecnoassistencial coerente com as necessidades da população. Reconhecemos que o SUS vem se esforçando nesse sentido, pois tem buscado desenvolver, atualmente, dentro do princípio proposto, uma abordagem cada vez mais centrada no sujeito, além de promover a discussão sobre os direitos de o cidadão receber um atendimento de qualidade na área da saúde. Para Favoreto (2007b), a integralidade, quando centrada no sujeito (em suas necessidades e expectativas) o objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais, obriga a discussão de questões que são transversais às ações de saúde, tais como a efetividade, continuidade e terminalidade do cuidado ofertado. Dá relevo às relações entre os sujeitos envolvidos no projeto do cuidado e, por conseguinte, abre o cenário dos serviços e das práticas para o diálogo entre diferentes saberes (biomédicos e não biomédicos). A integralidade, portanto, é da ordem da multidisciplinaridade e envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar resposta a demandas e necessidades. (SPINK, 2007).

Ao contrário, os serviços e os profissionais, quando centram as suas ações e atitudes na enfermidade, deixando em segundo plano a pessoa enferma, desresponsabilizam-se da integralidade dos sujeitos. (FAVORETO, 2007b). Assim, a intervenção estaria reduzida ao aparelho ou sistema biológico, resultando em “silenciamentos”. (GOMES, PINHEIRO, 2005). Esquecendo-se do subjetivo e do social, abordam-se mais a doença que o sujeito e, quanto menos esse é considerado, maior é a fragmentação da atenção. (CAMPOS, 2003). Como alternativa a uma clínica tradicional ou oficial, o autor propõe a “Clínica do Sujeito”, que buscaria superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biologicista.

Do ponto de vista individual, a abordagem das pessoas em seu todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, significa incorporar um olhar sobre as questões que dizem respeito à subjetividade e ao contexto social



dessas pessoas. Ou seja, não só a integralidade do corpo, mas a integralidade do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado processo histórico. É o que pode ser chamada de integralidade vertical. Há ainda a integralidade horizontal, ou linhas de cuidado, caracterizada pelo conjunto articulado de serviços de saúde em que há uma permanente facilitação para “o caminhar” do sujeito na rede (MATTOS, 2006).

Outro enfoque é a abordagem integral pela equipe de saúde, no qual a sinergia de disciplinas e saberes das várias categorias da saúde interagem, para abordar o sujeito numa atitude integral de olhar de equipe e não como um simples somatório de vários saberes e práticas. Essa abordagem exige um olhar e uma atuação que vão além das queixas imediatas e do relato dos sofrimentos auto-referidos, para alcançar os aspectos da prevenção de agravos e da promoção da saúde.

Para Mattos (2006), a integralidade é uma expressão polissêmica com muitos sentidos que se contrapõem ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos. O caráter polissêmico do termo integralidade impede, na opinião do autor, uma definição unívoca capaz de abraçar o conjunto de sentidos dados ao termo. No entanto, cabe ressaltar a discussão feita pelo autor de que, para a biomedicina, a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença e na aplicação das tecnologias para combatê-la, ocupando-se, dessa forma, do sofrimento atribuído à doença. Negam todo e qualquer sofrimento do sujeito. A integralidade do cuidado opõe-se a essa prática reducionista. Nesse sentido, o olhar do profissional deve apreender o sujeito em suas múltiplas dimensões e contextos.

Como definição operatória, Merhy (1997), Mattos (2006) compreendem a integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança. Não se refere apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas “ao conjunto de direitos da pessoa” (Idem, p. 57), onde elas “são vistas como sujeitos, que tem direitos, demandas que devem ser ouvidas, necessidades que devem ser supridas”. (Idem, p. 58).

Para Pinheiro (2006), a integralidade tem, no campo das práticas, um espaço privilegiado para a materialização da saúde como direito e como serviço. O que significa dizer que, a integralidade, deverá ser construída cotidianamente, por permanentes interações dos sujeitos, pela garantia da autonomia e pelo exercício da

solidariedade.

A integralidade é, pois, não só um desafio, mas um caminho a ser percorrido cotidianamente como questão institucional, política, social e cultural para romper com as formas cristalizadas de pensar e de produzir saúde.

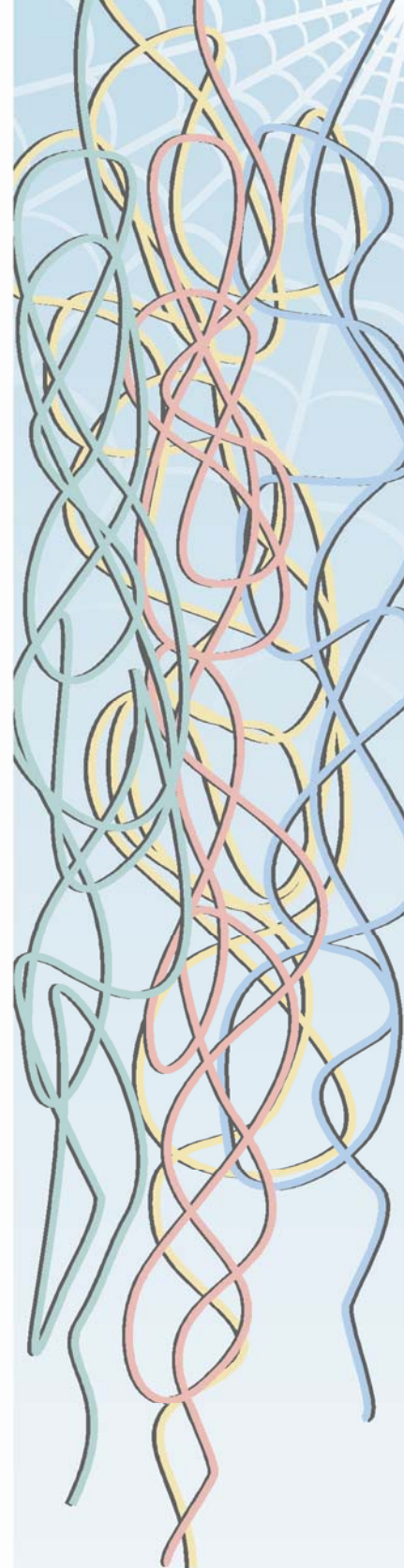
Cabe lembrar que, o Programa de Atenção à Criança, deve ser capaz de atender às necessidades globais da saúde infantil, concretizando-se por um processo horizontal e dialógico, acompanhado da compreensão e abordagem à criança como ser em crescimento e desenvolvimento.

A partir dos referenciais até aqui apontados, adotamos, para esta investigação, a compreensão de que a integralidade está associada aos aspectos das políticas do cuidado à criança, definidas pelo Ministério da Saúde a partir das Linhas de Cuidado. Mas, e em especial, salientamos as práticas dos profissionais de saúde, a organização do processo de trabalho, assim como a garantia de acesso da criança a todos os níveis de atenção.

*Capítulo 3*

---

*Selecionando os Fios  
para Tecer a Teia da  
Integralidade do Cuidado*



*Um percurso*

*Pesquisar, investigar*

*É colocar em prática a curiosidade*  
*É buscar meios e encontrar elementos*  
*É inquietar-se com o real*  
*É a incerteza do que virá*  
*Buscando caminhos*  
*Encontrei percursos*  
*Por onde enveredei*  
*Às vezes em passos largos*  
*Outras vezes passos lentos me guiaram*  
*Andei costurando trilhas*  
*Mapeando caminhos*  
*Encontrando-me e me perdendo*  
*Entrelaçaram-se dúvidas*  
*Ào me deparar com necessidades*  
*Mas não desejei atalhos*  
*Desenharam-se contornos*  
*Deslinearam-se possibilidades*  
*É na incerteza de pequeninos rumos*  
*Desejei encontrar*  
*Aquilo que antes se escondia*  
*Em uma leve e suave aragem do desconhecido*  
*Modelando o ainda sem forma*  
*O interessante, o surpreendente se revelou*  
*É num pulsar vibrante*  
*Surgiu o caminho*  
*Alcancei o método!*

(Francisca Georgina, Junho, 2006)

### 3 SELECIONANDO OS FIOS PARA TECER A TEIA

#### 3.1 ORIENTANDO-ME PELA ABORDAGEM QUALITATIVA

O objeto desta investigação, como delimitado, não poderia ser compreendido em uma visão positivista e determinista. Optamos em centrar a investigação na integralidade do cuidado à criança na ABS, a partir dos relatos de cada participante. Percebemos que o caminho se abriria para uma investigação dedicada aos significados, às relações e inter-relações que a integralidade do cuidado exige. A ampla tarefa que se desvendava era romper com a rigidez racional e operacional, que ainda nos rondava, e identificar outras vias de investigação. Entendemos que o aprofundamento do tema passaria, necessariamente, por uma compreensão mais refinada dos processos do cuidado à criança na ABS. A busca de orientação metodológica envolveu um programa de leituras à procura de referenciais que contribuíssem para o objeto do estudo. A abordagem qualitativa foi o caminho escolhido, tendo como referencial teórico e metodológico a Complexidade e a Grounded Theory respectivamente.

Apoiadas em Martinez e Bosi (2004) compreendemos que o cuidado e o cuidar envolvem interpretações individuais, sociais e vivências diferenciadas, que poderão ser melhores compreendidas quando se consegue ampliar as referências dessa interpretação. Para os autores, a pesquisa qualitativa tem facilitado aos profissionais o desvelamento desses aspectos e tem buscado contribuir para uma abordagem mais inclusiva da complexidade que constitui o objeto da saúde, trazendo as singularidades da produção dos cuidados e da busca da saúde, atribuindo importância às percepções, opiniões, significados e experiências em torno da saúde.

Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos e, ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade (UCHIMURA, BOSI, 2004). Os métodos qualitativos são, portanto, mais apropriados para entender e descrever fenômenos humanos. Implicam maior ênfase aos processos e significados que não podem ser

medidos em termos de quantidade, frequência e intensidade. (DENZIN, LINCOLN, 1994).

A investigação qualitativa apela mais ao reconhecimento dos padrões de um fenômeno do que à explicação de fatos controlados e generalizados. (STREUBERT, 2002). Compreender o fenômeno é um compromisso com o ponto de vista do participante. Devido ao fato de as pessoas compreenderem e viverem experiências diferentes, os investigadores qualitativos não subscrevem uma única verdade, mas muitas verdades. Ocupam-se na descoberta por meio de múltiplos modos de compreensão. A principal característica da pesquisa qualitativa é o fato de que segue a tradição compreensiva ou interpretativa, partindo do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004). A proposta da pesquisa qualitativa é o investigador aproximar-se dos atores sociais para ver o que eles vêem, saber o que eles sabem, compreender o que eles compreendem e explicar como os eventos acontecem na vida real. (DENZIN; LINCOLN, 1994). A metodologia qualitativa mostra-se, portanto, pertinente para a compreensão do objeto desta investigação, na medida em que aciona significados, favorecendo a compreensão do cuidado à criança na ABS. A partir dessas palavras iniciais, segue uma descrição mais detalhada do referencial teórico da Complexidade e do referencial metodológico da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

### 3.2 TECENDO FIOS COM A EPISTEMOLOGIA DA COMPLEXIDADE

Edgar Morin nasceu em Paris, no ano de 1921, com o nome de Edgar Nahum. De formação transdisciplinar, mais que filósofo, sociólogo, epistemólogo, Morin desenvolveu estudos universitários em Direito e, como autodidata, em diversas áreas como História, Geografia, Sociologia e Filosofia. É um pensador contemporâneo, crítico, reflexivo e muito produtivo. Dedicou-se ao estudo da complexidade, termo que apropriou da cibernética e incorporou à sua obra desde a

década de 1960. Para Morin, complexidade é um problema e não uma solução. Surge como dificuldade, como incerteza e não como clareza e como resposta.

Em suas reflexões sobre ciência e filosofia, Morin contrapõe-se ao pensamento reducionista, linear e simplificador. Destaca as relações e dependências multidimensionais de todos os saberes, tais como a biologia, a antropologia, a sociologia e a física, e ainda coloca o pensamento mítico-simbólico-mágico ao lado do racional-lógico-científico. Entende a complexidade como um tipo de pensamento, que não separa, mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Trata-se de um pensamento que integra os diferentes modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas, simplificadores e disjuntivos. Esse pensamento considera todas as influências recebidas, internas e externas, e ainda enfrenta a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes. O termo latino *complexus* significa “o que é tecido junto”, do que se compõe de elementos diversos, do que está tecido em conjunto. Tecido junto significa que elementos diferentes são inseparáveis, são constituídos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico). É esse tecido que precisamos conceber. “É preciso separar, distinguir, mas também é necessário reunir e juntar”. (LIMA, 2006, p. 139).

Pela complexidade, há um tecido interdependente entre o objeto e seu contexto, entre as partes e o todo, entre o todo e as partes e das partes entre si. (MORIN, 2002a). A complexidade do pensamento leva-nos ao paradoxo do uno e do múltiplo e à convivência com a ambivalência. Cabe ao homem, por meio do conhecimento, interpretar os aspectos ambíguos da realidade, sem desconsiderar sua multidimensionalidade. O método da complexidade pede para pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos; para quebrarmos as esferas fechadas; para restabelecermos as articulações entre o que foi separado; para tentarmos compreender a multidimensionalidade; para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade e para nunca esquecermos as totalidades integradoras. Para explicar a complexidade, Morin (1999, 2002a), utiliza a proposição de que somos seres humanos ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, psíquicos e espirituais e que a complexidade é tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos os aspectos. Ao contrário, o pensamento simplificador separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução

mutilante. Desse modo, a complexidade não busca explicar todos os aspectos do objeto, mas sim, considerar as várias razões para a sua existência. Ao se pensar por esse ângulo, percebe-se que o pensamento complexo pode levar a muito mais incertezas do que a respostas definidas.

A complexidade surge como dificuldade, como incerteza e não como resposta. (MORIN, 1999, 2002a, 2005). A complexidade produz sua autonomia na incompletude, porque, a rigor, somente realidades incompletas podem ser autônomas. Autônomo não é o que pode separar-se, isolar-se, incomunicar-se, mas o que carece de complemento e atualização para manter-se em horizonte próprio. (MORIN, 1999, 2002a, 2005). Na complexidade não se trata de buscar o conhecimento geral nem a teoria unitária, mas de encontrar um método que detecte as ligações, as articulações. Isso implica um princípio organizador do conhecimento que outorgue força à integração, à articulação, assim como a distinção e a oposição. (MORIN, 1999, 2002a, 2005, 2007). O método consiste em aprender a aprender, implica em interrogar-se, implica repensar. (SCHNITMAN, 1996). O pensamento complexo “não será capaz de abrir todas as portas, mas um pensamento onde estará sempre presente a dificuldade”. (MORIN, 1996, p. 274). Há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, de interações e retroações. Portanto, a complexidade é um modo de pensamento que vincula tanto a ordem, o universal e o regular, como a desordem, o particular e o devir.

Em seu livro, *Introdução ao Pensamento Complexo* (MORIN, 2005), opõe-se à lógica disjuntiva para propor uma abordagem de conjunção que reúna observador e observado, em uma nova forma de conhecimento que seria multidisciplinar e mesmo no limite, transdisciplinar. Edgar Morin denominou complexidade essa nova maneira de conceber os fenômenos, negando assim que pensar é simplificar o real. Morin (2005, 2007) assinala a importância de diferenciar complexidade de complicação. Aquilo que é complicado pode simplesmente ser reduzido, apesar de a redução ser absolutamente necessária num primeiro momento, porém estúpida tão logo se torne suficiente, ou seja, que tente explicar tudo.

Nessa direção, Morin (1996, p. 275) faz uma reflexão essencial:

Aprendemos muito bem a separar. [...] Nosso pensamento é disjuntivo e, além disso, redutor: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Queremos eliminar o problema da complexidade. Este é um obstáculo profundo, pois



obedece à fixação a uma forma de pensamento que se impõe em nossa mente desde a infância, que se desenvolve na escola, na universidade.

É esse, segundo ele, o núcleo do seu empreendimento reflexivo. E sem a pretensão de fechar o debate e de ter um pensamento “completo”, Morin nos instiga, em sua obra, a enfrentarmos a complexidade de nosso mundo, a olharmos para nós mesmos, com nossas fragilidades e medos, com um olhar profundo, olhando-nos e pensando-nos de maneira complexa, múltipla e singular. Pensar a pedagogia da complexidade implica também trabalhar com a desordem e com a incerteza, enfrentando-as de frente.

Do ponto de vista de Morin (2007), existem, em relação ao pensamento complexo, pelo menos dois grandes mal-entendidos. O primeiro consiste em

Conceber a complexidade como receita, como resposta, em vez de considerá-la como desafio e como motivação para pensar. Acreditamos que a complexidade deve ser um substituto eficaz da simplificação. Ou concebe-se a complexidade como inimiga da ordem e da clareza. (MORIN, 2007, p. 176).

O segundo mal-entendido consiste em confundir a complexidade com a completude:

O problema da complexidade não é o da completude, mas o da incompletude do conhecimento. [...] o pensamento complexo tenta dar conta daquilo que os tipos de pensamento mutilante se desfaz, excluindo o que eu chamo de simplificadores e por isso ele luta, não contra a incompletude, mas contra a mutilação. Portanto a ambição da complexidade é prestar contas das articulações. (MORIN, 2007, p. 176-177).

O desafio da complexidade exige, portanto, diversos caminhos. Morin (2007) enumera nove caminhos/características/princípios da complexidade entre os quais a irreduzibilidade do acaso e da ordem; a transgressão que elimina a singularidade, a localidade e a temporalidade; a complicação determinada pelas interações e as inter-retroações. Os seis outros princípios serão descritos de forma mais ampla, por considerarmos que trazem uma melhor compreensão do objeto desta investigação.

A relação complementar e antagônica entre ordem, desordem e

organização é o quarto princípio da complexidade, onde os fenômenos organizados podem nascer de uma agitação ou de uma turbulência desordenada. Nasce assim a relação entre ordem/desordem/organização. Para Morin (2005), ordem é tudo o que é repetição, constância, invariância, enquanto a desordem é tudo o que é irregularidade, desvios, acaso e imprevisibilidade. Para o autor, em um universo onde só há ordem, não há inovação, criação e evolução. Do mesmo modo, em uma pura desordem não haveria existência, porque não haveria elementos de estabilidade para se instituir uma organização. É preciso, em qualquer sistema/organização, tanto da ordem como da desordem.

A organização é o quinto princípio caracterizado como sendo “aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes. É uma unidade e uma multiplicidade”. (MORIN, 2007, p. 180). A noção de organização compreende, ao mesmo tempo, as interações entre as partes que retroagem entre elas e sobre o todo.

O sexto princípio é o sistema hologramático, pelo qual “não só a parte está no todo, mas também o todo está na parte”. (MORIN, 2007, p. 181). Significa dizer, usando as palavras de Morin, de que abandonamos um tipo de explicação linear por um tipo de explicação em movimento, circular, aonde vamos das partes ao todo, do todo para as partes, para tentar compreender um fenômeno. Isto é, “a inteligibilidade dos fenômenos globais ou gerais necessita de circuitos e de um vaivém entre os pontos individuais e o conjunto”. (MORIN, 2007, p. 182). O todo pode apresentar qualidades e propriedades não presentes nas partes, já que essas podem emergir na tecedura desse todo. As partes, por sua vez, podem ter características que não são atualizadas pelo todo, daí a afirmação de que as partes são, ao mesmo tempo, mais e menos do que o todo.

Pela organização recursiva, o sétimo princípio da complexidade, efeitos e produtos são necessários a sua própria causa e a sua própria produção correspondendo aos mecanismos de auto-produção e auto-organização. A complexidade não é só um fenômeno empírico (acaso, eventualidades, desordens, complicações, mistura dos fenômenos), ela é também um problema conceitual e lógico que confunde as demarcações e as fronteiras bem nítidas dos conceitos produtor, produto, causa e efeito, um e múltiplo. (MORIN, 2002b; 2003). Pela recursividade, rompe-se com a idéia linear de causa/efeito, produto/produtor. O que é produzido volta, de alguma forma, sobre o seu produtor, pois “os produtos e efeitos

gerados por um processo recursivo são, ao mesmo tempo, co-causadores desse processo”. (MORIN, 2002a, p. 102).

A crise da clareza e da separação nas explicações rompe com a idéia cartesiana de que a clareza e a distinção das idéias são um sinal de verdade, mas que as verdades aparecem nas ambigüidades e numa aparente confusão. Esse é, para Morin, o oitavo princípio da complexidade.

O pensamento dialógico, o nono princípio aqui enumerado, significa duas lógicas, dois princípios, que estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade. Pelo dialógico, esses dois princípios estão unidos de maneira complementar. Dois processos ou conceitos antagônicos, que deveriam se recusar um ao outro, são indispensáveis e indissociáveis para compreender uma dada realidade. Unem-se, assim, noções antagônicas. Envolve complementaridade, antagonismo e concorrência, e o confronto com a dificuldade. A complicação, a desordem, a contradição, a dificuldade lógica, os problemas da organização formam o tecido da complexidade. Complexidade é o tecido formado por diferentes fios que se transformam numa só coisa. Nesse tecido tudo se entrecruza e se entrelaça até formar a unidade e a diversidade da complexidade. Para Morin (1999, 2002a, 2002b), a complexidade se reconhece pelos traços negativos: incertezas, regressão do conhecimento determinista e insuficiência da lógica. Reconhece-se também pelos traços positivos: o tecido comum em que se ligam o um e o múltiplo, o universal e o singular, a ordem, a desordem e a organização.

A idéia enriquecida de ordem, que recorre às idéias de interação e de organização, que não pode expulsar a desordem, é muito rica. A complexidade exige “aprender a pensar conjuntamente ordem e desordem” (MORIN, 2003, p. 203). Mas, para estabelecer o diálogo entre ordem e desordem, é preciso associá-las à “idéia do tetragrama” (MORIN, 2003, 2005): ordem/desordem/interação/organização. A dialógica entre esses termos é uma necessidade para a complexidade, pois, cada um precisa do outro, é complementar ao outro, mesmo sendo antagônico ao outro. Morin não concebe eliminar nenhum desses termos, pois

Precisamos repensar de maneira complexa para repensar o problema da ordem e da desordem. A necessidade de pensar em conjunto as noções de ordem, de desordem e de organização na sua complementaridade, concorrência e antagonismo, nos faz respeitar a complexidade física, biológica e humana. A complexidade não é a palavra mestra que vai explicar tudo. É a palavra que vai nos despertar e nos levar a explorar tudo. O

pensamento complexo é o pensamento que, equipado com os princípios de ordem, leis algoritmos, certezas e idéias claras, patrulha o nevoeiro, o incerto, o confuso, o indivisível, o indecidível. (MORIN, 2003, p. 230-231).

Portanto, a ambição da complexidade é relatar articulações, aspirando para o conhecimento multidimensional, embora sabendo não se tratar de dar as informações sobre um fenômeno estudado, mas de respeitar as suas diversas dimensões. Nas palavras de Morin (1999, 2002a, 2005, 2007), a complexidade é desafio. Como reunir, porém, parece ser o desafio maior da complexidade, assim como é desafio próprio da inteligibilidade. Morin (2002b) indica ser necessário para essa condição reunir:

- o acontecimento, o elemento e a informação ao contexto e reunir entre eles diversos contextos;
- o parcial ao global e ligar o global ao parcial;
- o um ao múltiplo, o universal ao singular, a autonomia à dependência;
- o elemento organizado à organização e reunir a organização àquilo que ela organiza;
- a ordem, a desordem e a organização reconhecendo seus antagonismos;
- o separado e o inseparável, o descontínuo e o contínuo, o indivíduo à espécie, o indivíduo à sociedade; reunir aquilo que é antagônico ou contraditório, desde quando o antagonismo ou a contradição apareçam como complementares;
- a observação ao observador, a concepção ao conceituador, o conhecimento ao conhecedor.

A complexidade significa, na opinião do autor, restituir as relações, as interdependências, as articulações, as solidariedades, as organizações, as totalidades. O pensamento complexo é, por isso mesmo, aberto, dialógico e admite em seu seio a incerteza e utiliza a noção de sistema para compreender a organização. O pensamento complexo deverá levar a marca da desordem e da desintegração e relativizar a ordem e a desordem (MORIN, 2002b) e que permita, ao mesmo tempo, reunir e tratar a incerteza. O pensamento complexo é, pois, o pensamento capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar e, ao mesmo tempo,

capaz de reconhecer o singular, o individual e o concreto (MORIN, 2002a, 2005, 2007) por um exercício que requer outro olhar que privilegia os movimentos e a sua dinâmica.

### 3.3 GROUNDED THEORY: POR ONDE FORAM TECIDOS OS FIOS DA INVESTIGAÇÃO

O problema da investigação esteve alicerçado na busca de fenômenos intersubjetivos, construídos a partir da subjetividade dos participantes e das experiências da investigadora. O propósito era explorar os significados no qual os participantes vivenciam e experimentam a integralidade do cuidado à criança na ABS para assim compreender o objeto investigado. Portanto, para atender aos objetivos da investigação, a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), foi selecionada como opção metodológica para guiar a coleta, a análise dos dados e a compreensão dos significados de integralidade do cuidado à criança no contexto da ABS. Atualmente a TFD é reconhecida como uma das principais abordagens qualitativas, a qual se destina a explorar e compreender processos sociais. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas. Natera e Mora (2000) descrevem a TFD como uma das metodologias mais completas e, assim como em outras metodologias qualitativas, a TFD, objetiva compreender condutas, comportamentos e ações por meio do conhecimento, dos valores, das crenças e das emoções das pessoas envolvidas. Significa que a ênfase da metodologia é o “significado subjetivo dos sujeitos estudados dentro de um contexto social e cultural”. (STRAUSS, 1987, p. 5). Entendendo por cultural “um sistema de significados que servem de guia para a ação, a experiência e a conduta social”. (Idem, p. 76).

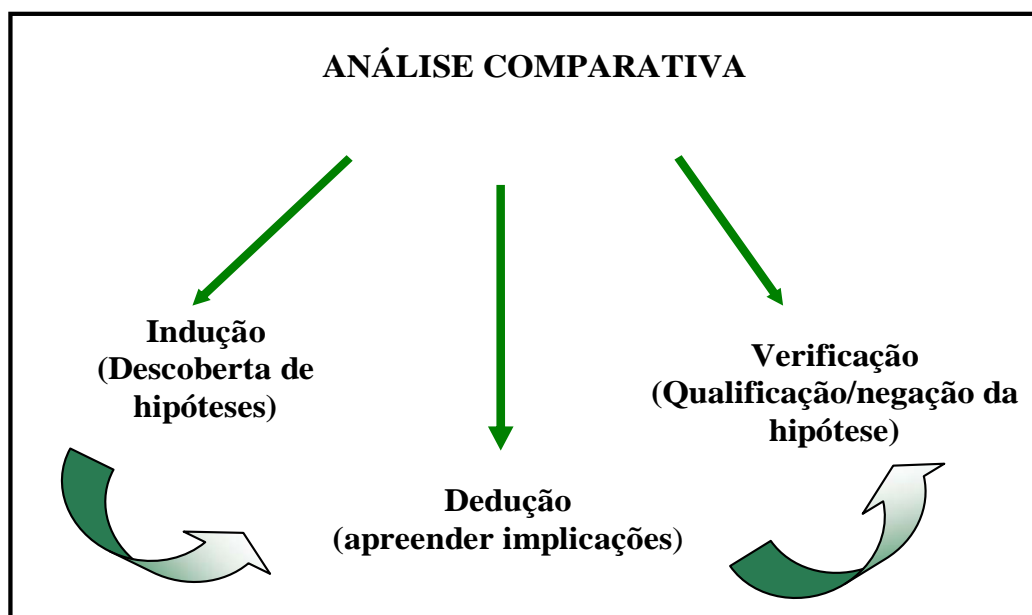
Para Santos e Nóbrega (2002), a TFD fornece explicações de como ocorrem os eventos, permite ao investigador explorar os dados com riqueza e possibilita o

entendimento interpretativo das práticas profissionais. Da mesma forma, Althoff (2001) atesta que a formulação teórica, que resulta da análise, pode não somente ser usada para explicar a realidade, mas também para prover uma estrutura para a ação do profissional.

Podemos compreender a TFD como um método de análise qualitativa de dados, particularmente sensível a contextos, capaz de permitir a compreensão de situações ou fenômenos sociais. A TFD baseia-se na premissa da compreensão do fenômeno social, desenvolvida em íntima relação com os dados, sendo o próprio pesquisador um instrumento para o desenvolvimento do trabalho teórico (STRAUSS, 1987), embora o autor relate que a TFD não é um método ou uma técnica:

Em vez disso, ela é um estilo de fazer análise qualitativa que inclui um número de características distintas, tais como a amostragem teórica e certas instruções metodológicas, como a constante comparação e o uso de um modelo de codificação, para assegurar desenvolvimento conceitual e densidade.

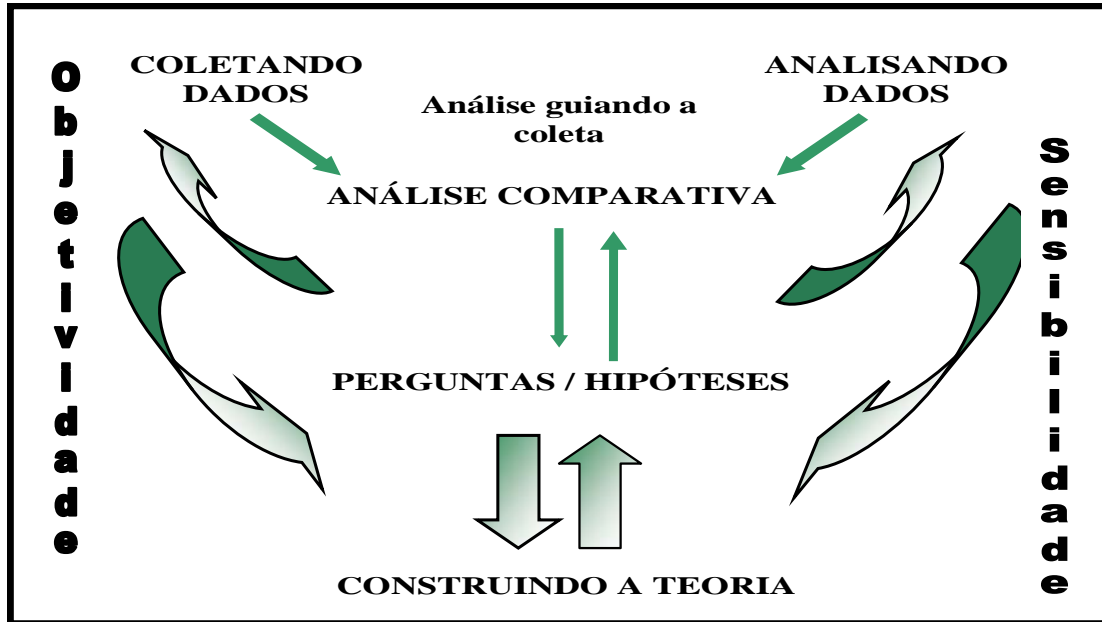
Os autores da TFD propõem que a explicação teórica do fenômeno seja obtida a partir de um grupo de procedimentos que se constituem em instruções, e não em regras fixas e fechadas, para o pesquisador orientar-se no desenvolvimento da investigação. Esses procedimentos fundamentam-se num tipo de análise, que Glaser (1978, 2005), Strauss e Corbin (1994, 1998, 2002, 2008) denominam de **análise comparativa**, sendo essa uma das principais características específicas da TFD. A análise comparativa consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. Para tanto, uma das qualidades/habilidades do investigador, ao utilizar a TFD, é a sensibilidade teórica, que é a capacidade de atribuir significados aos dados. É a capacidade de entender e separar aquilo que é importante para o estudo, em um processo que permita um avanço no conhecimento. Strauss (1987) diz que três aspectos da análise comparativa são imprescindíveis ao utilizar a TFD: a *indução*, que se refere às ações que levam à descoberta de uma hipótese, a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a *dedução*, que consiste em apreender as implicações que provêm das hipóteses com o propósito de verificação; por fim, a *verificação*, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (Fig. 1).



**Figura 1:** Mecanismos do processo de análise dos dados na TFD

Dessa forma, os dados, ou um grupo de dados, são constantemente submetidos a questionamentos e hipóteses que, no decorrer da investigação, serão testados, tornando a explicação teórica cada vez mais densa. Esse tipo de análise rejeita a prática de codificar/categorizar primeiro, depois analisar. Ao invés disso, Glaser (1978, 2005), Strauss e Corbin (1998, 2002, 2008) defendem que o processo de tratamento dos dados e os processos analíticos sejam desenvolvidos concomitantemente. Ocorre que, quando os procedimentos terminam, a teoria também está estruturada, faltando apenas desenvolvê-la. (GLASER, 2005; STRAUSS, CORBIN, 2008). A TFD como um processo de análise comparativa constante, em que o investigador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para compreender o evento estudado. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS e CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008). O processo de análise é dinâmico e criativo, onde o investigador interessa-se mais em gerar a teoria que em descobrir os dados e, dessa forma, construir um conhecimento baseado na experiência dos próprios sujeitos. Trata-se de um movimento de ir e vir aos dados, formulando perguntas e hipóteses, que servem de suporte para o desenvolvimento de estruturas teóricas sobre os conceitos construídos e suas relações. A TFD é um estilo de análise com suporte ontológico, epistemológico e metodológico cuja premissa é a de construir uma teoria

com vários níveis de generalização para obter um conhecimento mais profundo do objeto investigado. (HUTCHINSON, 1998). Essas características da TFD estão organizadas na Figura 2, apresentada a seguir:

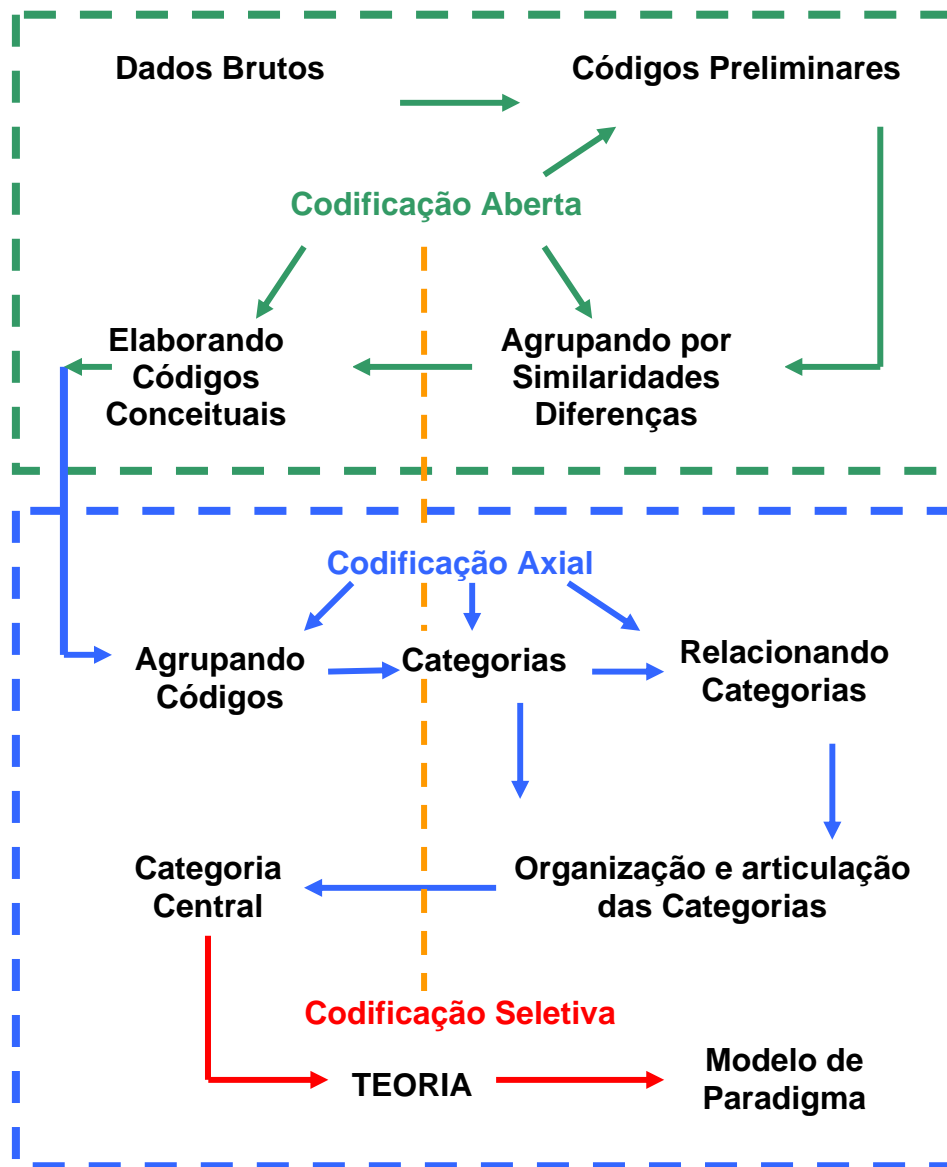


**Figura 2:** Características da análise na TFD

Ainda no que diz respeito à análise, o investigador conduz a coleta de dados investindo no equilíbrio entre objetividade e sensibilidade. Objetividade para alcançar uma interpretação imparcial e acurada dos dados; e a sensibilidade para perceber a sutileza e as relações entre os conceitos. No entanto, a “objetividade completa é impossível” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 53) e que há na pesquisa elementos da subjetividade que compete ao investigador minimizar no processo de análise. Significa controlar os desvios da análise e manter o investigador sensível ao que é dito pelos dados. Para Strauss e Corbin (2008), fazer isso exige algumas técnicas, uma delas é pensar comparativamente e outra é buscar na literatura exemplos de fenômenos semelhantes. Os autores destacam que buscar exemplos comparativos não fornece dados, mas estimula o investigador a exercitar o pensar sensível para reconhecer propriedades nos dados reais. Outra técnica é reunir dados sobre o mesmo evento ou fenômenos de diferentes maneiras (entrevistas, observações e relatórios escritos), ou entrevistar ou observar múltiplos atores, locais fatos e épocas. Hutchinson (1998) destaca que na TFD existem três níveis de codificação: o primeiro



relaciona-se com a descrição da ação em um momento inicial do contato do investigador com os dados. O segundo e o terceiro nível, a codificação assume um caráter mais abstrato onde os códigos e as categorias permitem ao investigador estabelecer hipóteses para sustentar o objeto de estudo. As etapas ou o processo de análise na TDF desenvolve-se a partir da codificação aberta, axial e seletiva, como pode ser visualizado na Figura 3:



**Figura 3:** Processo de Análise dos Dados na TFD

A **codificação aberta** (Fig. 3) é o primeiro passo analítico que consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados brutos. Por dados, compreendemos entrevistas, observações, textos, vídeos, entre outros,

reunidos pelos investigadores. Nesta etapa, os dados brutos são analisados “linha por linha” e para cada incidente, evento ou idéia é dado um nome, formando os códigos preliminares. Os dados são divididos em incidentes, idéias e eventos. A seguir os códigos preliminares são reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais, isto é, atribuir conceitos aos dados. Neste sentido, podemos dizer que existem dois níveis de análise: aquele que corresponde às palavras reais dos informantes e outro, que são as palavras que os investigadores utilizam para construir os conceitos. São as interpretações dos fatos. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 2005; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008).

Segue-se a análise com o agrupamento de códigos conceituais para formar as categorias (**codificação axial**). Esse processo de construção de códigos preliminares e conceituais compõe a etapa também denominada de microanálise (CHARMAZ, 2006; GLASER, 2005; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008), o qual inclui a codificação aberta e a axial. A microanálise, portanto, envolve exame, interpretação e interação dos dados (Fig. 3).

Um aspecto que merece ser destacado, nesse processo, é a interação que ocorre entre os dados e o investigador ao coletar e ao analisar. Esse processo de interação significa que o investigador “está reagindo ativamente aos dados e trabalhando com eles”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 66). Nesse sentido, os autores destacam que “a experiência e o conhecimento sensibilizam o pesquisador para problemas e questões importantes nos dados, permitindo-lhe ver explicações alternativas e reconhecer propriedades e dimensões de conceitos emergentes” (Idem, p. 66), a partir de um nível considerável de abstração. Os autores acentuam que a experiência não é usada como dado, mas que o investigador pode se utilizar dela para dar maior consistência aos conceitos emergentes e melhor delimitação do(s) fenômeno(s).

Didaticamente, a codificação axial inicia-se a partir do agrupamento dos conceitos em categorias e mantém-se no processo de relacionar categorias às suas subcategorias. É denominada axial porque ocorre em torno de um eixo de uma categoria. O objetivo do investigador, nessa etapa, é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram separados quando da codificação aberta. Na codificação axial, as categorias são relacionadas às subcategorias no sentido de obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno assim como as suas propriedades e dimensões.

A codificação axial envolve a organização das propriedades e dimensões de uma categoria, a relação de uma categoria à(s) sua(s) subcategoria(s) e a identificação das condições e conseqüências associadas à categoria/fenômeno. Codificar axialmente é atribuir respostas para questões do tipo de que forma, onde, quando e como. (STRAUSS, 1987; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008). Ao responder a essas perguntas, o investigador procura delimitar e contextualizar um fenômeno, isto é, posicioná-lo em uma estrutura condicional, relacionando estrutura e processo.

Ao fazer esse nível de associações entre categorias, os autores sugerem construir um esquema para organizar e explicar as conexões emergentes. A esse esquema organizacional, os autores chamam de paradigma. Trata-se de uma estrutura analítica que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 128). Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias envolvendo a condição causal, o fenômeno, o contexto, as condições causais e intervenientes, as estratégias de ação/interação e as conseqüências.

O fenômeno constitui-se na idéia central sobre o qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas. É o termo que responde à pergunta: O que está acontecendo aqui? Na codificação, categorias representam fenômenos. Contexto é onde acontece o fenômeno. Representa o conjunto específico de condições no qual as estratégias são tomadas. Condição é um conjunto de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno. As condições causais são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno. São circunstâncias ou situações nas quais o fenômeno está incorporado. Respondem às perguntas: Por quê? Onde? De que forma? De uma forma mais simples são situações que influenciam o fenômeno. As condições intervenientes são aquelas que alteram o impacto das condições causais no fenômeno, podem facilitar, dificultar ou restringir as estratégias. As estratégias são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos e indicações sobre como elas se relacionam umas às outras. São atos praticados para resolver um problema. São atos propositais ou deliberados, praticados para resolver um problema. Responde à pergunta: Quem? Como? Quais estratégias são utilizadas pelos profissionais para conduzir, lidar e responder a um fenômeno? Conseqüências são os resultados das ações. O que acontece como resultado dessas ações? Delinear conseqüências e explicar como elas alteram o

fenômeno permite ao investigador explicações mais completas. (STRAUSS; CORBIN, 1994; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008).

Na **codificação seletiva** (Fig. 3), todas as categorias e subcategorias, anteriormente encontradas, serão continuamente comparadas e analisadas com o objetivo de integrar e de refinar a teoria e assim emergir a categoria central. Essa fase corresponde “ao processo de selecionar a categoria central, sistematicamente relacionando-a com outras categorias, validando aquelas relações e completando com categorias que precisam de um refinamento e desenvolvimento adicional”. (STRAUSS, CORBIN, 1994, p. 116). Portanto, o primeiro passo da codificação seletiva é decidir a categoria central, que representa o tema principal da investigação e “tem poder analítico”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 146). O que dá à categoria central esse poder é a sua capacidade de reunir outras categorias para formar um todo explanatório. Portanto, é necessário um termo ou frase mais abstrata, sob a qual podem ser agrupadas todas as categorias. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Strauss (1987), Strauss e Corbin (2008) listam uma série de critérios para escolher uma categoria central: deve ser central (todas as outras categorias devem relacionar-se com ela); deve aparecer com frequência nos dados (em todos os casos, ou quase todos, há indicadores apontando para esse conceito); a explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente; o nome ou a frase utilizados para descrevê-la devem ser suficientemente abstratos para que possam ser utilizados em outras áreas substantivas de investigação; à medida que o conceito se refina analiticamente por meio de sua integração a outros conceitos, a teoria cresce em profundidade e poder explicativo; o conceito consegue explicar as variações, casos contraditórios ou alternativos, ou seja, quando variam as condições, a explicação se mantém ainda que ajustada.

Cabe ainda acrescentar que a análise, na TFD, é produto da interação entre o investigador e os dados. É ciência e arte. É ciência no sentido de manter em certo grau de rigor e por basear a análise em dados. É arte pela criatividade que se manifesta na capacidade de competentemente nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista a partir de dados brutos. (STRAUSS, CORBIN, 2008). É ter sensibilidade (CHARMAZ, 2006) para discernir e ser capaz de atribuir sentido aos dados. Significa ir “além do óbvio para descobrir o novo” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 56), necessita utilizar o conhecimento acumulado de forma sistemática e consciente

aliado à sensibilidade e à criatividade. Sumariando, o processo de análise realizada nesta investigação estruturou-se como demonstrado na figura abaixo:

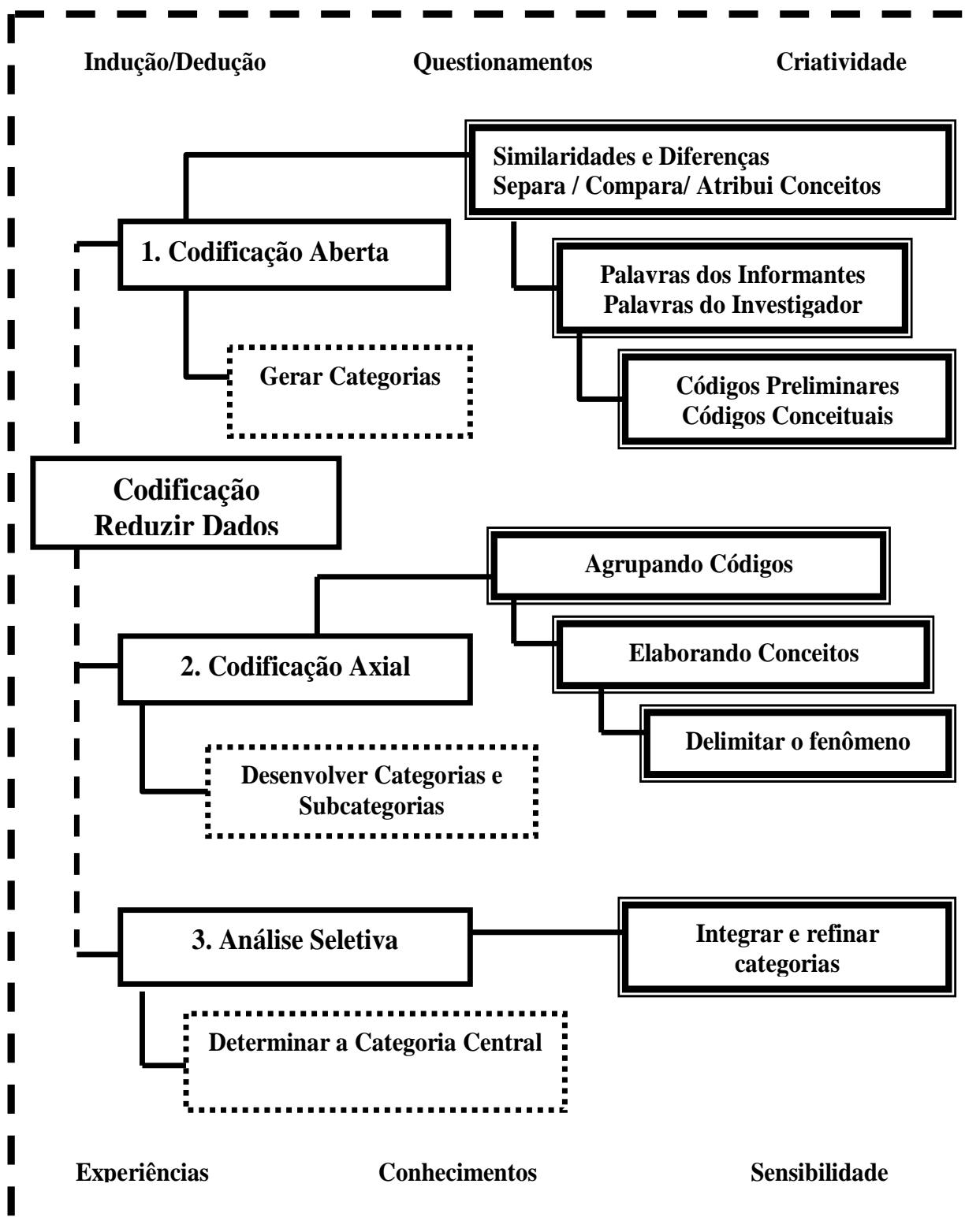


Figura 4: Sumário explicativo do processo de análise

Conforme preconizam os autores da TFD, o próximo passo desse processo de tratamento e análise dos dados é a construção de uma teoria sobre o fenômeno que está sendo estudado. As últimas etapas do processo metodológico da TFD consistem, portanto, na ordenação e na integração para a formulação da teoria. A primeira consiste em ordenar o conteúdo para a formulação e a apresentação textual da teoria. A integração diz respeito à organização cumulativa dos componentes da teoria (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS e CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008), a partir de ordenamentos conceituais. Para Strauss e Corbin (2008 p. 34), “teorizar é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir idéias (conceitos), mas também formular essas idéias em um esquema lógico, sistemático e explanatório”. A teoria configura-se como um conjunto de conceitos articulados e inter-relacionados, que explicam um fenômeno social. Portanto, a TFD vai além do ordenamento conceitual e contribui como passo importante para o desenvolvimento de um campo de conhecimento. A “teoria é mais que um conjunto de resultados; ela oferece uma explicação sobre os fenômenos”, e o valor é fornecer informações ou uma perspectiva sobre um fenômeno e também ajudar a gerar questões teóricas. (Idem, p. 35). Uma teoria faz mais do que construir entendimento sobre determinado fenômeno. Ela “permite explicar e prever fatos, fornecendo, assim diretrizes para a ação” (Idem, p. 37). É, portanto, propósito da TFD gerar teoria (também denominada modelo teórico), a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados pela comparação constante entre eles, que possibilitam a geração de teorias substantivas e formais.

Segundo Bettinelli (2001), para construir uma teoria que possua uma densidade conceitual, o pesquisador focaliza, direciona seu olhar para alguns aspectos da realidade, para assim compreendê-la e interpretá-la.

Strauss e Corbin (1994) enfatizam que a produção da teoria estará fundamentada nos dados, isto é, os resultados são orientados a produzir uma teoria substantiva ou relevante. Na TFD não se produz teoria formal, mas o investigador busca construir uma teoria aplicável ao problema circunscrito à investigação e a uma determinada área com grande capacidade de abstração.

Strauss e Corbin (1994; 1998; 2002; 2008) declaram que uma teoria consiste em relações razoáveis, propostas entre conceitos ou conjunto de conceitos. Afirmam que a TFD busca guiar os investigadores para a produção de teoria que tenha densidade conceitual, isto é, com várias relações conceituais. Essas relações são

apresentadas em forma discursiva, inseridas dentro de um contexto rico em descrição e formulação conceitual. Teorizar, para Strauss e Corbin (2002), implica em conceber ou intuir idéias ou conceitos e, em seguida, formulá-los em um esquema lógico, sistemático e explicativo, considerando ângulos e perspectivas.

Na opinião de Mello (2005), os achados da investigação com a TFD ultrapassam a condição de meros ordenamentos conceituais e convertem-se em teoria a partir da relação entre conceitos. Para tal, o investigador precisa desenvolver um processo que envolve ações de coletar dados, tomar notas e analisar.

Segundo Glaser (2005), a análise comparativa pode ser usada para produzir dois tipos de teoria: a substantiva e a formal. A teoria substantiva evolui do estudo de um fenômeno em um contexto situacional particular. A teoria formal emerge do estudo do fenômeno, examinado sob diferentes tipos de situações. Se a teoria é fiel à realidade da área substantiva e induzida a partir dos dados, ela deveria representar essa realidade, ser compreensível e fazer sentido, tanto para as pessoas estudadas, quanto para aquelas que estudam esta área. Se as interpretações são amplas, então a teoria deverá ser suficientemente abstrata e incluir variação o bastante para torná-la aplicável a vários contextos relacionados à área. (STRAUSS; CORBIN, 1994).

Os procedimentos da análise, embora aqui colocados como etapas, não acontecem assim de forma tão pontual. Pelo contrário, a todo o momento da análise surgem novas possibilidades de relação e interação entre os dados, entre os níveis de codificação e entre as categorias. Esse movimento permite examinar como as categorias se cruzam e se associam, dando à análise um processo de fluxo livre e criativo, onde o investigador move-se constantemente entre os diversos tipos de codificação, “para frente e para trás”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.65). Especificamente, cada nível de codificação tem um objetivo (Fig. 4). Na codificação aberta, a preocupação do investigador é gerar categorias e, na codificação axial, as categorias são sistematicamente desenvolvidas e associadas às subcategorias para que lhes sejam atribuídas suas propriedades e dimensões. O passo seguinte é a análise seletiva que tem como objetivo integrar e refinar a teoria. Na Figura 4, anteriormente apresentado, procuramos demonstrar visualmente o processo da TFD, muito embora não tenha sido possível colocar a dinâmica exigida para o processo da análise.

Até aqui alguns termos que qualificam a TFD já foram citados: conceitos, fenômenos, categorias, subcategorias, propriedades e dimensões. Por conceito os autores compreendem como uma representação abstrata de um fato, de uma ação, de um comportamento, de um acontecimento sob uma classificação comum (CHARMAZ, 2006; STRAUSS, CORBIN, 2008). Fenômenos são idéias analíticas, enquanto categorias são conceitos que representam fenômenos. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). Portanto, categorias não são os dados, mas foram indicadas pelos dados, que são por si os elementos conceituais da teoria. Categorias são elementos de uma teoria, que se relacionam sistematicamente. São conceitos que representam fenômenos. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). Subcategorias são conceitos que pertencem à categoria, dando esclarecimentos e especificações adicionais. Propriedades são características, que definem e dão significado a uma determinada categoria, enquanto as dimensões dizem respeito às variações nas propriedades, dando especificidade à categoria e variação à teoria. (STRAUSS, CORBIN, 1998, 2008).

Outra característica da TFD é a **amostragem teórica**. Na TFD o objetivo não é coletar o máximo de dados possível em determinado grupo, mas coletar dados referentes à construção de categorias, visando à geração de propriedades e hipóteses, determinando assim a profundidade da amostragem. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; 2005; STRAUSS, 1987; STRAUSS, CORBIN, 1994; 1998; 2002; 2008). O objetivo da amostragem teórica é permitir ao investigador buscar “locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 195). Para Mello (2005), o pesquisador, ao identificar espaços não preenchidos/cobertos pela teoria, passa a buscar novas fontes locais de coleta de dados ou novos estilos de entrevistas, focando as questões nos temas emergentes de seu interesse para completar o estudo. A amostragem teórica é uma forma de saber em que momento o processo de coleta de dados deverá ser encerrado. O investigador decide, com base em seus próprios dados, que informação coletar e quais os locais onde encontrá-las. Refere-se à obtenção de material necessário para construir os conceitos que são relevantes para o desenvolvimento da teoria que está sendo construída (NATERA, MORA, 2000).

A partir da perspectiva qualitativa e dos pressupostos da TFD, no que diz respeito à amostragem, não serão importantes as questões de representatividade e



generalização, mas o aprofundamento da compreensão do fenômeno. Strauss e Corbin (2008) determinam que a amostragem teórica é cumulativa, isto é, cada evento acrescenta algo tanto à coleta como à análise de dados anteriores e que se torna mais específica, porque o investigador é guiado pelo desenvolvimento da teoria. No início da investigação a amostragem teórica objetiva gerar o maior número possível de categorias e, em seguida, volta-se para a densificação e a saturação das mesmas. Um alerta dos autores é de que o investigador não deve deixar que a amostragem ocorra acidentalmente, mas permitir que a análise guie a coleta de dados. Caso contrário, as categorias serão desenvolvidas de forma irregular acarretando dificuldades para o investigador. Em nossa opinião, é esta característica que define a especificidade da TFD.

O processo de análise será concluído quando o investigador considera que um dado adicional não irá alterar em consistência e densidade os conceitos construídos. Quando isso ocorre, o investigador conclui que houve **saturação teórica** (STRAUSS, 1987; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008) e os dados deixam de ser codificados para aquela categoria. (MELLO, 2005). O investigador pode considerar uma categoria saturada quando: não haja dados novos importantes que pareçam emergir para determinada categoria; quando a categoria está bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; e quando as relações entre as categorias estejam estabelecidas e validadas. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Há ainda na TFD alguns recursos para a análise dos dados que são os **memorandos** e os **diagramas**. Os memorandos correspondem a uma das etapas do processo de geração da teoria e dizem respeito à externalização de idéias, por meio de registros escritos, sobre códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise dos dados. (CHARMAZ, 2006; GLASER, 1978; STRAUSS, CORBIN, 2002; 2008). Ao elaborar memorandos, o pesquisador eleva os dados a níveis conceituais, desenvolve as propriedades de cada categoria, elabora hipóteses sobre conexões entre categorias e suas propriedades, e começa a integrar essas conexões em conjunto de categorias e situa a teoria emergente em relação a outras teorias potencialmente relevantes. (GLASER, 1978; STRAUSS, CORBIN, 1994; 2002; 2008). Os memorandos têm dois objetivos: manter a pesquisa embasada em conceitos, e dar essa consciência ao investigador. Por isso não devem ser considerados supérfluos. Os diagramas são mecanismos visuais que desenham as relações entre os conceitos e mostram a

densidade e a complexidade da teoria. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). São representações gráficas de um esquema analítico. (GLASER, 2005).

Os memorandos e os diagramas têm a função de armazenar informações e ajudam o analista a ganhar distância dos dados e “forçam o analista a trabalhar com conceitos e não com dados brutos”. (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 210). Além do mais, estimulam a criatividade de quem investiga. Os memorandos representam o pensamento abstrato do investigador e facilitam a construção das categorias. (HUTCHINSON, 1998).

A TFD tem sido usualmente vinculada ao Interacionismo Simbólico. No entanto, Mello (2005) aponta para a independência/desvinculação da TFD dos princípios do Interacionismo Simbólico. A autora, apoiada por Glaser (2005), esclarece que a TFD não está vinculada a nenhum marco teórico ou escola de pensamento que limite a possibilidade da emergência de uma teoria sedimentada em dados oriundos da pesquisa. Portanto, a “TFD não necessita de uma base epistemológica” (GLASER, 2005, p. 13) afirmando que:

O Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimar a TFD como método. O Interacionismo pode ser utilizado como perspectiva sensibilizadora. É um erro dizer que a TFD é o método do Interacionismo Simbólico e que esse deve ser utilizado como alicerce em toda pesquisa que utilize a TFD.

Por outro lado, “não se pode pensar sem alicerces”. (MAFFESOLI, 2007, p. 18). Compreendemos a importância de um suporte teórico ou filosófico para ancorar a compreensão do(s) fenômeno(s) de uma investigação científica. No nosso caso, nos apoiamos nos pressupostos do Pensamento Complexo como anteriormente referido e descrito.

### 3.4 SEGUINDO OS FIOS PARA REALIZAR A INVESTIGAÇÃO

Após Exame de Qualificação, realizado em 06 de junho de 2006, e da revisão para atender às sugestões da Banca Examinadora, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob o registro no CEP de número 254/06 e processo nº.

33104-850/2006. O parecer, classificado como Aprovado, foi emitido em 21 de agosto de 2006 (Anexo 1).

O passo seguinte foi encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA (SEMUS), mais especificamente à Coordenação de Educação em Saúde, solicitação de autorização para coleta dos dados e acesso às Unidades de Saúde (Apêndice 1). Junto à solicitação, encaminhamos cópia do projeto e do Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa. A resposta à nossa solicitação foi prontamente atendida pela referida coordenação em documento interno encaminhado à Coordenação Municipal do PSF, pois nosso contexto de investigação foi a ABS. Já tínhamos decidido procurar a Coordenação do PSF e, de acordo com os encaminhamentos dados pela Coordenação de Educação em Saúde, agendamos encontro com a Coordenação Municipal do PSF, momento em que esclarecemos a proposta, os objetivos da investigação e as estratégias para coleta de dados. Nesta oportunidade, deixamos claro que não faríamos estudo de avaliação do programa nem tampouco do desempenho profissional. O acesso às unidades de saúde nos foi garantido por meio de autorização escrita, dirigida aos diretores das mesmas (Anexo 2).

De posse dos aparatos éticos e institucionais, a etapa seguinte foi o início da coleta de dados, que será descrita em outro momento do desenvolvimento deste tópico da Tese.

### **3.4.1 Fazendo algumas considerações sobre o Local da Investigação**

Com a finalidade de coletar os dados necessários ao alcance dos objetivos propostos, optamos por desenvolver o estudo no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão.

Localizado entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, São Luís, segundo a Pesquisa Nacional de Domicílios (PND), que apresenta a Contagem da População com data de abril de 2007 (IBGE, 2008) tem uma população de 957.515 habitantes. No entanto, a população de São Luís, nos registros do DATASUS (BRASIL, 2008b) é de 1.017.772 habitantes. Essa divergência entre os dados populacionais divulgados pelo IBGE e outros disponíveis por instituições e órgãos federais e estaduais tem sido amplamente discutidas em todo o Brasil. O certo é que a população gira em torno de 1 milhão de habitantes.

Com uma área de 827.141 km<sup>2</sup> a agricultura e a pesca são as principais atividades econômicas. O município vem passando por uma transformação econômica da agricultura para a industrialização, com destaque para o projeto Ferro Carajás. A construção da Estrada Ferro Carajás, do terminal Portuário da Companhia Vale do Rio Doce e do complexo de produção alumina e alumínio do Consórcio ALUMAR impactaram sobremaneira o desenvolvimento econômico do Estado do Maranhão e de sua capital, São Luís. Encontra-se situado na capital maranhense o maior pólo industrial do Estado, com destaque às indústrias dos setores químico, têxtil, gráfico, metalúrgico, alimentar, de oleaginosas, de fertilizantes, cerâmicos, de cimento entre outros.

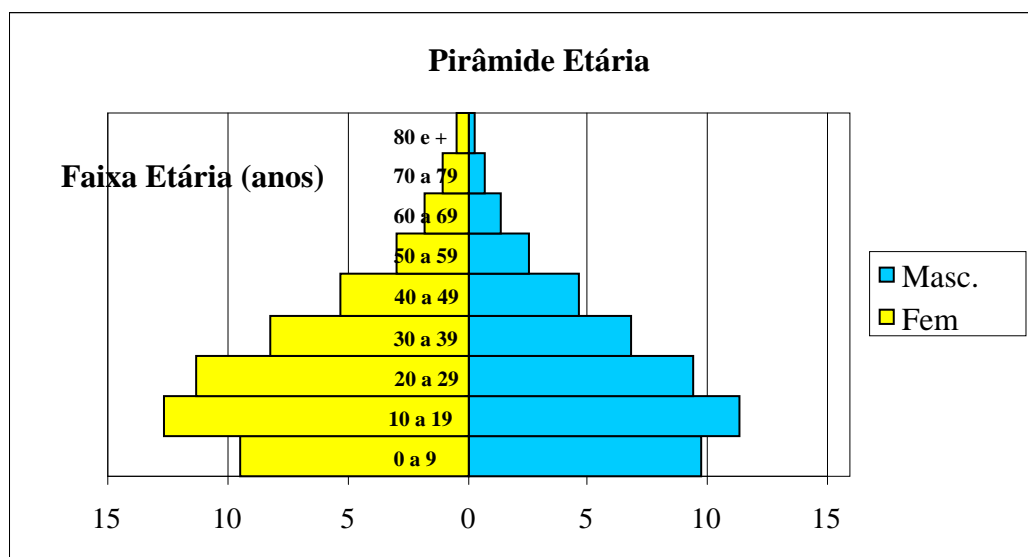
No que diz respeito ao sistema de saúde, o município encontra-se em Gestão Plena do Sistema, cujos serviços estão estruturados hierarquicamente por graus de complexidade (níveis primário, secundário, terciário e quaternário). O município encontra-se dividido em 11 Distritos Sanitários, organizados a partir da Política da Saúde da Família.

O PSF foi implantado em 1994 com três equipes e implementado em anos subseqüentes, totalizando atualmente 89 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 40 Unidades de Saúde da Família, com 147.515 famílias cadastradas. Na organização da ABS, o município tem ainda 18 equipes do PACS. (BRASIL, DATASUS, 2008).

Descrevemos, a seguir, algumas características demográficas e de saúde da população infantil de São Luís, por considerar que são informações importantes e que se situam na problemática da investigação. Vale ressaltar que essas informações estão disponíveis na página eletrônica do Ministério da Saúde (BRASIL, DATASUS, 2008), cujas estatísticas são do ano de 2006.

Os estudos do IBGE mostram como a pirâmide populacional brasileira modificou-se e como tende a se modificar no decorrer dos anos. Apesar do envelhecimento populacional da população ser uma realidade, em São Luís, a pirâmide populacional (Figura 5) configura-se numa estrutura triangular, representando uma população predominantemente jovem. A base larga da pirâmide representa a alta taxa de natalidade e o topo estreito decorre da baixa expectativa de vida. São informações que, embora não apresentemos aprofundamentos na discussão, apontam desafios para as políticas sociais, econômicas, educacionais e de saúde, que atinge em especial a população infantil, em função das suas

especificidades e fragilidades.



Fonte: DATASUS. BRASIL, 2008

**Figura 5:** Pirâmide Etária da população de São Luís – Ma.

Segundo dados do IBGE (IBGE, 2008), a população residente em São Luís menor de 1 ano é de 19.899 habitantes, de 1 a 4 anos de 79.072 e de 5 a 9 anos corresponde a 96.756. Se adicionados, totalizam 195.727 habitantes na faixa etária de zero a nove anos de idade, o que corresponde a 19,2% da população total. Sendo que a proporção de menores de 5 anos na população, em 2005, era de 8,8%.

O número de nascidos vivos em São Luís, em 2005, foi de 17.836, com Taxa Bruta de Natalidade de 18,2%, sendo que, destes, 6,3% eram prematuros e 9,9% recém-nascidos com baixo peso. (BRASIL. DATASUS, 2008).

Acresce-se a essas informações as causas de mortalidade infantil que são maiores no período peri-natal (Quadro 1). As doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias (Quadro 2) são as principais causas de internações na população infantil. São causas viáveis de serem reduzidas por ações intersetoriais por onde circulam várias instituições e profissionais. O desafio dirige-se para apreender estratégias multi, interdisciplinares e intersetoriais.

**Quadro 1:** Mortalidade proporcional segundo grupo de causas em São Luis – MA

<b>Causas</b>	<b>Menor de 1 ano</b>	<b>1 – 4 anos</b>	<b>5 – 9 anos</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	8,6	15,1	4,0
Doenças do aparelho respiratório	6,7	17,0	8,0
Afecções do período Peri-natal	52,4	-	-
Causas externas	3,2	26,4	40,0

Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde, 2008

**Quadro 2:** Internações por grupos de causas e faixa etária em São Luís – MA

<b>Causas</b>	<b>Menor de 1 ano</b>	<b>1 – 4 anos</b>	<b>5 – 9 anos</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	24,9	27,8	13,9
Doenças do aparelho respiratório	22,3	32,5	16,4
Afecções do período Peri-natal	34,3	-	-

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde, 2008

Segundo os Indicadores da Atenção Básica (Quadro 3) apesar da crescente cobertura populacional do PSF no município de São Luís, ainda não se configurou como medida de excelência para reverter alguns dados epidemiológicos no que diz respeito à saúde da criança. Foi mantida a mesma cobertura vacinal com esquema básico entre 2002 e 2006, o mesmo ocorrendo com a prevalência de aleitamento materno exclusivo e cobertura de pré-natal. A mortalidade por diarreia e a prevalência de desnutrição, no entanto, foi reduzida consideravelmente, resultado de investimento na área social e da saúde do nordeste brasileiro em uma parceria entre o Ministério da Saúde, o UNICEF e a Pastoral da Criança.

Apesar dos indicadores de saúde ainda não serem satisfatórios não é possível negar os avanços da saúde infantil no município de São Luís. No entanto, há ainda muito para ser feito no sentido de melhorar os indicadores da saúde infantil.

**Quadro 3:** Indicadores da Atenção Básica em São Luís - MA

Ano	Modelo de Atenção	Pop. Coberta	% de pop. Coberta	Média mensal de visitas domiciliares/família	% de Crianças c/ Esq.vacinal básico em dia	% de crianças c/ AME	% de cobertura de consultas de PN	Taxa mortalidade infantil por diarreia	Prev. de desnutrição	Taxa hosp. por pneumonia
2002	PACS	428.436	47,3	0,12	89,9	73,5	83,1	3,8	5,7	17,8
	PSF	135.435	14,9	0,13	83,8	69,6	82,2	2,1	10,7	27,5
	Total	563.871	62,2	0,12	88,1	72,5	82,8	3,3	7,0	20,4
2003	PACS	439.495	47,6	0,14	92,4	77,5	85,6	3,7	3,4	33,4
	PSF	157.254	17,0	0,13	89,0	74,6	83,5	0,3	6,8	50,7
	Total	596.749	64,6	0,14	91,2	76,4	84,7	2,4	4,5	38,6
2004	PACS	319.632	34,0	0,14	93,4	77,1	85,5	3,1	2,2	46,3
	PSF	280.277	29,8	0,13	90,2	75,6	84,0	2,2	4,2	33,7
	Total	599.909	63,8	0,13	92,0	76,4	84,7	2,7	3,1	39,6
2005	PACS	266.495	27,2	0,13	94,2	79,5	85,8	1,2	1,9	52,3
	PSF	342.854	35,0	0,12	92,1	76,7	85,3	3,3	2,5	34,0
	Total	609.349	62,3	0,13	92,9	77,7	85,5	2,5	2,3	40,4
2006	PACS	262.879	26,3	0,13	94,8	78,0	87,3	0,5	1,4	63,7
	PSF	351.906	35,2	0,12	93,4	77,7	86,3	0,3	1,7	36,4
	Total	614.785	61,6	0,12	93,9	77,8	86,6	0,3	1,6	44,2

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS, 2008

### 3.4.2 Falando sobre os sujeitos participantes da investigação

Foram participantes do nosso estudo aqueles sujeitos que possibilitaram a compreensão do objeto sob investigação. De maneira geral, nos estudos qualitativos, a questão “quantos” tem importância relativamente secundária em relação à questão “quem”. O que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na representatividade desses sujeitos e na qualidade das informações obtidas por meio deles. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

De acordo com as características da metodologia utilizada, não há definição prévia do número de sujeitos. Dessa maneira, a amostragem foi se constituindo a partir da combinação de conceitos aliados à sensibilidade da investigadora para perceber as lacunas que ainda necessitavam ser consideradas. Colocamo-nos na busca de grupos de pessoas, que nos ajudaram na construção das categorias e no refinamento das mesmas, para a compreensão do fenômeno. Não fizemos e nem poderíamos definir antecipadamente quantos seriam os participantes e os tipos de grupos para a coleta dos dados, até que a investigação fosse completada.

O número de participantes e os respectivos grupos amostrais foram se configurando a partir da análise dos dados (entrevistas, diagramas e memorandos) e das reflexões sobre as categorias que iam sendo construídas. Os grupos e participantes foram incluídos para garantir o refinamento e a densidade às categorias iniciais, utilizando a amostragem teórica como definido na TFD.

Por compreender que o objeto investigado encontra-se situado sob três grandes dimensões: da política de saúde, da organização do sistema de saúde e da organização das práticas de cuidado, procuramos buscar, nestas três dimensões, os participantes da investigação, que representassem melhores possibilidades para a compreensão da integralidade do cuidado a criança na ABS. Esta foi uma estratégia inicial para a coleta de dados.

Assim, para o primeiro grupo amostral, centramos a investigação na primeira e segunda dimensões, do qual participaram o gestor estadual e o municipal, os coordenadores e chefes de serviços da ABS, totalizando sete (07) participantes.

Participaram do segundo grupo amostral os profissionais que, no período da coleta, exerciam função de coordenadores de curso de graduação (Enfermagem e Medicina); coordenadores de curso de pós-graduação (Especialização em Saúde da



Família e Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) e docentes da graduação, totalizando seis (06) participantes.

O terceiro grupo amostral envolveu sete (07) profissionais do PSF (05 enfermeiros e 02 médicos). Cabe relatar que, para este grupo, foram definidos alguns critérios de inclusão: ser Unidade Saúde da Família, estar com a equipe completa e os profissionais terem vínculo definido por concurso público e em exercício profissional por pelos menos um ano na equipe. Para atender a estes critérios, dirigimo-nos à Coordenação Municipal do PSF para que juntas identificássemos as equipes e os profissionais que se enquadravam nestas condições. Não foi tarefa fácil, pois nesse período o município estava reestruturando as equipes com a admissão dos profissionais aprovados em concurso público realizado em 2006. Na época, muitas equipes estavam incompletas ou, se completas, os profissionais eram recém admitidos. A partir dos critérios estabelecidos, foram selecionados profissionais de quatro (04) Unidades de Saúde da Família (02 na área urbana e 02 na periferia da capital maranhense) em um total de cinco (05) equipes de Saúde da Família.

O quarto grupo amostral foi constituído por cinco (05) médicos do PSF, para os quais foram estabelecidos os mesmos critérios do grupo anterior. O quinto grupo amostral foi composto por quatro (04) mães, cujas famílias eram cadastradas no PSF e as crianças acompanhadas pela equipe da USF. Participaram, portanto, 29 sujeitos entre profissionais de saúde e mães de 10 equipes do Saúde da Família.

### **3.4.3 Enfatizando os Aspectos Éticos da Investigação**

Seguindo os critérios éticos, definidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), nos preocupamos em somente iniciar a coleta de dados após o parecer formal do Comitê de Ética e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexos 1 e 2); a adesão, tanto dos profissionais, quanto das mães foi voluntária, independente de qualquer benefício ou constrangimento; A coleta dos dados foi posterior aos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo pela pesquisadora, e da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2); Foi garantido aos participantes o acesso às pesquisadoras para quaisquer esclarecimentos, assim como o desligamento dos mesmos a

qualquer momento do processo da investigação; mantivemos em sigilo o nome de todos os participantes atribuindo codinomes.

Para identificar o participante utilizamos as iniciais dos nomes pela seqüência alfabética conforme grupo amostral (primeiro grupo amostral os nomes iniciam com a letra A, no segundo grupo os nomes iniciam com a letra B e assim por diante).

No quadro a seguir, encontram-se o número de participantes por grupo amostral, a categoria profissional e o codinome atribuído.

**Quadro 4:** Participantes da investigação segundo grupo amostral

<b>Grupo Amostral</b>	<b>Total de participantes</b>	<b>Participantes</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Codinomes</b>
I	07	Gestores e Coordenadores dos serviços de saúde (Estadual e Municipal)	03 Enfermeiras 02 Médicos 02 A. Social	Adriana / Alice Aluisio / Amália Ana /Antonia / Aparecida
II	06	Coordenadores de Curso de Graduação (Medicina e Enfermagem) Docentes de Graduação (área da pediatria e da Atenção Básica) e Pós-Graduação (Saúde da Criança e do Adolescente)	04 Enfermeiras 02 Médicos	Bárbara / Beatriz Betânia / Bernardo Bianca / Bruna
III	07	Profissionais da ABS/PSF	05 Enfermeiros 02 Médicos	Carla / Carmen Camila/ Cecília Célia / Claudia / Cléa
IV	05	Profissionais da ABS/PSF	05 Médicos	Daniel / Diogo Diana / Denise / Darci
V	04	Mães de Crianças	04 Mães	Elisa / Eliana Emilia / Elisabete
<b>Total</b>	29			

#### 3.4.4 Apresentando a Técnica de Abordagem

O contato inicial da investigadora com as Unidades de Saúde teve como objetivo entregar à Direção o documento que autorizava a coleta de dados e a tentativa de um encontro com os possíveis participantes da investigação – os profissionais. Na maioria das unidades, estes dois objetivos foram alcançados na

primeira visita, mas em outras foi necessário o retorno da investigadora motivado pela ausência da Diretora, pela demanda e pelo envolvimento dos profissionais nas atividades da unidade de saúde, o que impossibilitou o contato com os mesmos.

No momento em que aconteceu o encontro da investigadora com o profissional (enfermeiro e médico), o problema de pesquisa, os objetivos e as estratégias para coleta de dados foram apresentados.

Dada a dinâmica do trabalho nas unidades de saúde, o encontro inicial da investigadora com o profissional foi realizado com cada um individualmente nos espaços entre as consultas/atendimentos. Ficou combinado que o dia e o local da entrevista seriam definidos por contato telefônico ou eletrônico. Fomos surpreendidas com a disponibilidade, o interesse e o envolvimento dos profissionais com a proposta da investigação. Por tudo isto, optamos por utilizar o termo “participante” para ilustrar o envolvimento ativo dos profissionais no estudo.

Reconhecemos os esforços dos profissionais, no sentido de conciliar as atividades e o espaço de tempo destinado à entrevista que, na maioria das vezes, foi superior à uma hora, sem comprometer o andamento do trabalho na unidade. Houve, por parte dos profissionais e da Direção, uma colaboração para garantir que não fôssemos interrompidos durante a realização da entrevista.

Especificamente em relação às duas primeiras entrevistas do primeiro grupo amostral, por se tratar de gestores da saúde, as estratégias para o primeiro contato diferenciaram-se em relação às dos demais grupos. O primeiro contato foi intermediado pelas respectivas secretárias de gabinete do gestor estadual e municipal e, em ambos os casos foi adiado por duas vezes. No entanto, a proposta da investigação já era conhecida por ambos, dado o vínculo de trabalho da investigadora. Este fato permitiu que o primeiro contato se configurasse também com o momento da coleta de dados. Aqui também a proposta da investigação foi apresentada e as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apesar de estar diante de importantes representantes políticos e da saúde, o constrangimento inicial foi rompido pela informalidade e a relação foi caracterizada como encontro de profissionais amigos, em luta por perspectivas comuns, em especial no que diz respeito à saúde da criança. Foram as entrevistas mais longas e mostraram que as opções em tê-los selecionado como participantes foi acertada, coerente e necessária.

Os participantes do último grupo amostral (as mães) foram convidadas e

entrevistadas na Unidade de Saúde, nos dias em que seus filhos receberam, por parte da equipe, algum tipo de atendimento, em especial antes e depois da consulta médica ou de enfermagem. A identificação das mães e a apresentação da investigadora foram intermediadas pela enfermeira da equipe.

### **3.4.5 Coletando dados**

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas em encontros individuais com os participantes. Foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada. A postura da investigadora foi manter-se em atitude de escuta atenta, intervindo com interrogações ou sugestões, no sentido de estimular a expressão mais circunstanciada de questões de interesse para a investigação, recolhendo dados para a elucidação do fenômeno, para a confirmação ou negação das hipóteses, em especial a partir da segunda entrevista.

A todo o momento, as oportunidades do encontro eram exploradas para assim delimitar e refinar as categorias que emergiam da análise. Para tanto, o investigador não deve manter postura passiva e de distanciamento, mas manter-se ativamente envolvido com o entrevistado e com o assunto. (LIAMPUTTUNG, EZZY, 2005). Para os autores, a boa entrevista é conseguida não somente como técnica ou método, mas pela forma como as pessoas a realizam. Convém, portanto, o investigador mobilizar de forma criativa e interativa as situações que permitam ao entrevistado falar livremente sobre o assunto.

Na pesquisa qualitativa a entrevista caracteriza-se como importante instrumento por possibilitar produzir conteúdos diretamente fornecidos pelos sujeitos envolvidos no processo. O entrevistador, com esse instrumento, pretende elucidar as informações pertinentes ao seu objeto de investigação. Em nosso processo investigativo utilizamos a entrevista semi-estruturada individual com perguntas abertas, com o objetivo de possibilitar aos sujeitos manifestarem-se sobre a temática em questão. Segundo Minayo (2000, p.109):

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e

culturais específicas.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, em data e horário por eles determinados. A nossa preocupação era disponibilizar de um local tranquilo, de pouco ruído e com menor possibilidade de interrupções, o que foi prontamente providenciado pelos participantes. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas pela própria investigadora logo após terem sido realizadas. O rigor na transcrição exigiu atenção minuciosa, no sentido de apresentar as experiências e significados atribuídos pelos participantes na sua forma original. Optamos por alguns recursos para sustentar o rigor desta fase da coleta de dados. Um deles foi a credibilidade obtida inicialmente pelo envio aos participantes do conteúdo da entrevista após a transcrição, para que assim eles pudessem reconhecer aqueles dados como sendo seus e verdadeiros. A finalidade deste exercício foi a oportunidade dos dados serem validados pelos participantes, de forma que estes vissem na transcrição as suas experiências e os sentidos que atribuíam ao objeto investigado. As entrevistas foram encaminhadas aos participantes, com exceção do quinto grupo amostral, por meio eletrônico, a partir dos endereços cedidos pelos mesmos.

Queremos aqui destacar que esta estratégia foi extremamente importante para o processo da investigação e foi reconhecida pelos participantes como aspecto valorativo das suas falas e da sua participação. Ao encaminhar o material, solicitamos que verificassem o conteúdo da entrevista, incentivando-os a incluir, complementar, retirar ou esclarecer pontos que considerassem necessários. Orientamos que palavras, orações e parágrafos acrescentados fossem digitados em cor diferente da original para que pudessemos identificar as novas contribuições. Este configurou-se como o segundo recurso utilizado nesta etapa da investigação. Com exceção de um participante, os demais devolveram as entrevistas com acréscimos importantes no texto. Um dos participantes, pela pouca habilidade com o aparato tecnológico da computação, optou por imprimir a entrevista, fazer os acréscimos incluindo até mesmo correções ortográficas e de concordância. Neste caso específico, a participante fez contato telefônico com a investigadora solicitando um novo encontro, para que ela explicasse as alterações feitas.

Estes momentos foram dos mais ricos durante o processo de construção da

tese. A interação, os valores, o carinho e a cooperação permearam os encontros e os contatos entre investigadora e participante, fazendo da construção do conhecimento um percurso prazeroso e gratificante.

Em relação ao quinto grupo amostral, pelas dificuldades de acesso e pela não disponibilidade de comunicação eletrônica, as entrevistas, após serem transcritas, foram impressas e entregues às participantes em visita domiciliar realizada pela investigadora com o apoio da enfermeira da Equipe de Saúde da Família. Todas as participantes desse grupo tinham escolaridade de segundo grau, o que permitiu que o recurso tivesse sido utilizado sem problemas. Em uma das visitas, a participante encontrava-se no trabalho e, por sugestão do esposo, foi realizado contato telefônico com a mesma para agendar outro dia de visita. Foi permitido um tempo para que as participantes fizessem a leitura do material e pudessem contribuir com esta etapa da pesquisa. Das quatro participantes, três completaram a entrevista, incluindo outros sentidos; e uma delas devolveu a entrevista, concordando com o conteúdo apresentado, sem acréscimos.

Foram realizadas 29 entrevistas, sendo que a investigadora teve entre dois e três encontros com cada participante. O primeiro, para explicar a proposta da investigação, o momento da realização da entrevista, o encaminhamento da entrevista transcrita e a sua devolução. A entrevista mais longa durou duas horas e vinte e três minutos, e a mais curta, quarenta e cinco minutos. O primeiro grupo amostral (gestores e coordenadores de serviço) e o terceiro (médicos e enfermeiros do PSF) foram os de maior tempo de duração da entrevista, até porque foram os grupos com maior número de participantes. No total dos grupos as entrevistas tiveram duração de 43 horas e cinquenta minutos. Em média, tiveram uma hora e meia para cada entrevista. Foram desprezados os segundos quando da totalização do tempo das entrevistas. A natureza interativa caracterizou todo o processo de coleta dos dados, permitindo efetiva troca entre investigador e participante numa dimensão construtiva dos significados atribuídos à integralidade do cuidado a criança.

O processo de coleta e análise dos dados foi guiado pela amostragem teórica, que consistiu em decidir quais dados coletar e onde encontrá-los. Significou escolher locais e pessoas, o que nos permitiu desenvolver os conceitos na proporção que estes iam sendo construídos. A amostragem teórica é um dos elementos essenciais do processo de construção da teoria e consiste em obter uma

amostra baseada nos conceitos que têm relevância para a teoria que está sendo desenvolvida. (STRAUSS, CORBIN, 1998; STRAUSS, CORBIN, 2008; ARENAS, 2005).

Durante a coleta preocupamo-nos em reunir os dados para a análise comparativa que nos permitisse ajudar a descobrir as categorias relevantes. A amostragem teórica aumentava em profundidade, na medida em que os conceitos e relações entre eles foram sendo acumulados por meio da coleta sistemática e da análise concomitante dos dados.

A primeira entrevista do primeiro grupo amostral foi realizada em 02 de outubro de 2006 e, em 25 de janeiro de 2007, completávamos a coleta do segundo grupo amostral. Iniciamos a coleta do terceiro grupo em maio de 2007 e encerramos o quinto grupo no final de agosto do mesmo ano. Devemos ressaltar que a coleta dos dados foi realizada nos períodos em que foi possível conciliar as atividades acadêmicas do doutorado e as da investigação, considerando que as mesmas aconteciam em estados diferentes do país.

#### **3.4.6 Analisando Dados, Realizando Questionamentos e Construindo Grupos Amostrais: ou seria o contrário?**

A análise na investigação qualitativa é um processo de “mão na massa”. (STREUBERT, CARPENTER, 2002, p.32). Assim nos colocamos cuidadosamente diante dos dados empíricos para, aos poucos, a partir das estratégias analíticas da TFD, construir significados e elaborar questionamentos para a busca de novos dados. Foi uma fase que consumiu uma quantidade considerável de tempo, considerando inclusive a quantidade de dados disponíveis. O nosso esforço dirigiu-se ao ‘isolamento’, que compreende o processo de colocar de lado as próprias crenças, não fazendo julgamentos dos dados, mas permanecendo aberto a eles tal como eram revelados. Uma excelente ferramenta para este distanciamento foi a construção e redação dos diagramas e memorandos, que serão mais bem descritos em outro momento da análise.

Indutivamente, a coleta de dados foi iniciada com os gestores de saúde. Conforme determinado pela metodologia, a primeira entrevista foi realizada e considerada como uma situação inicial, utilizando uma pergunta aberta, a qual

permitisse identificar as primeiras categorias que norteassem o desenvolvimento da investigação. A entrevista foi norteada pela seguinte pergunta: Que significados você atribui à integralidade do cuidado à criança? Esta pergunta configurou-se como importante para todos os participantes desse grupo. A partir dela e com o desenrolar das entrevistas e a forma como o entrevistado se posicionava frente à problematização, foi possível explorar os significados com perguntas adicionais, em um exercício que envolvia a escuta, a compreensão, o diálogo, a interação e novos questionamentos.

No decorrer da comparação dos dados da primeira entrevista, novas questões foram surgindo sobre estas primeiras categorias e seus significados. A análise e a construção dos primeiros conceitos permitiram compreender a estrutura organizacional do sistema de saúde no município e apontaram dificuldades para a gestão do cuidado na atenção básica. Destacaram-se os aspectos relacionados à formação dos profissionais e o preparo dos mesmos para atuar na atenção básica. Para testar os conceitos elaborados, a investigação foi dirigida para o segundo grupo amostral (coordenadores e docentes dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina e de pós-graduação). Para este grupo a pergunta de pesquisa foi assim elaborada: Como a formação dos profissionais de saúde pode articular saberes para possibilitar um agir na perspectiva da integralidade?

A análise permitiu compreender que, para ser profissional da ABS, há necessidade de aliar conhecimento científico, tecnológico e social relativo ao processo de cuidar para resgatar a dimensão cuidadora no sentido de perceber necessidades e reduzir sofrimentos. Sob esta perspectiva, a graduação não seria suficiente para garantir o cuidado, o cuidar e a integralidade do cuidado. A partir dos conceitos e categorias elaboradas nesse grupo. As falas e significados apontaram para a existência de mediadores pessoais, que fazem a aproximação entre conhecimento e agir cuidadoso.

A partir das hipóteses e dos conceitos construídos depois das entrevistas do segundo grupo amostral, dirigimo-nos, desta vez, aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), representando o terceiro grupo amostral. A estruturação dos dados, por meio das primeiras categorias desse grupo fez emergir questões que foram incorporadas na continuidade da coleta e análise dos dados exigindo a complementação de novos dados, para explorar outros aspectos da experiência do cuidado à criança na ABS.



Buscando compreender como as práticas e os saberes dos profissionais possibilitam agir no sentido da integralidade, foi perguntado: Como acontece o cuidado à criança na sua equipe de trabalho? Que escolhas você faz para cuidar da criança? Com estes questionamentos, foram realizadas duas entrevistas e a análise individual e comparativa nos permitiu elaborar outros questionamentos para seguir neste grupo amostral a partir das hipóteses elaboradas. Portanto, seguimos a terceira entrevista com a seguinte pergunta: Como os profissionais de saúde centram seus atos de cuidado, tendo em vista as propostas da integralidade?

Emergiram da análise dos dados que o cuidado à criança na ABS e nas equipes do PSF acontece de forma fragmentada, em um trabalho pouco articulado, às vezes, por meio de decisões particulares de cada profissional. Por outro lado, apontaram para modos de cuidar, por onde transitam o vínculo, a responsabilidade e a criatividade no cuidado realizado por enfermeiras<sup>9</sup>. O trabalho cooperativo, solidário e em equipe mostrou-se como desafio para a integralidade do cuidado.

Tendo em vista estas considerações conceituais, as entrevistas subseqüentes tiveram como objetivo refinar e dar densidade às categorias trabalho em equipe, organização do trabalho e gestão do cuidado. Buscava-se alcançar a saturação teórica e testar as categorias encontradas na análise. Portanto, estas entrevistas foram mais direcionadas. A questão norteadora manteve-se, mas, no decorrer das falas, procuramos questionar pontos que se apresentavam compatíveis na análise inicial. A pergunta ficou assim elaborada: Como favorecer o agrupamento de saberes e diminuir os fatores que ocasionam a fragmentação do trabalho na Atenção Básica de Saúde?

As categorias construídas, comparadas umas às outras e reconstruídas, apontaram que existem caminhos e movimentos para recuperar o cuidado na saúde da criança defendendo o enfoque que prioriza a integralidade. Nesse contexto o profissional médico, não poderia focalizar a atenção só na doença, no diagnóstico e no tratamento. Os significados construídos pelos participantes desse grupo e apontados desde o início da investigação colocam a prática médica como redutora, o que reflete nas dificuldades do trabalho em equipe e nos processos de interação entre médico/equipe/família e o cuidado à criança.

Refletindo sobre isto a partir das categorias e das relações entre elas, foi

---

<sup>9</sup> Participaram da investigação somente enfermeiras (feminino)

elaborada a seguinte pergunta de pesquisa para o quarto grupo amostral, constituído somente por médicos: Como os médicos se posicionam frente ao trabalho no PSF e às demandas do cuidado à criança, tendo como pressuposto a integralidade do cuidado? De que forma você contribui para a integralidade do cuidado à criança na ABS?

As categorias construídas a partir desse grupo amostral apontaram para as dificuldades da organização do sistema de cuidados, do não acesso aos diversos níveis do sistema e aquelas que dizem respeito às condições sociais e econômicas das famílias.

Buscamos no quinto grupo amostral maior densidade das categorias e melhor delimitação do fenômeno que se construía. Participaram desse grupo cinco mães que foram assim questionadas: Que significados você atribui ao cuidado à criança no PSF? O que você pensa sobre o cuidado no PSF? O que você deseja para o cuidado dos seus filhos no PSF?

Na presente investigação, a definição da amostra só se tornou possível a partir da coleta dos dados, pois foi a análise que permitiu a emergência de novos questionamentos e, em conseqüência, novos sujeitos e grupos amostrais foram se construindo. Segundo Strauss e Corbin (1994; 1998; 2002; 2008), a saturação teórica é encontrada quando o desenvolvimento das categorias revela densidade e suas relações entre elas são estabelecidas e validadas. A amostragem teórica, no nosso caso, foi alcançada no final da análise do quinto grupo amostral.

Na seção seguinte, apresentaremos o processo e as ferramentas de análise dos dados.

### **3.4.7 Elaborando os códigos, Construindo Categorias**

Após transcrição da entrevista e da devolução da mesma pelo participante, iniciamos o processo de codificação. Assim, numa primeira fase, as entrevistas foram codificadas uma a uma, com o objetivo de rotular fenômenos que foram surgindo das falas dos participantes. A análise comparativa ocorreu desde o início da coleta de dados. Os códigos foram escritos procurando preservar a fala dos entrevistados na íntegra e formando frases com o uso de um verbo no gerúndio (indicando processo).

O primeiro passo da análise consistiu na codificação das entrevistas, processo que se dá pela quebra dos dados brutos em pequenos pedaços denominados incidentes, atribuindo a cada um deles nomes representativos de seu significado (código), o que permite o movimento de comparação entre cada um dos códigos como abaixo apresentado. Esta etapa é denominada de codificação aberta e tem por objetivo a redução dos dados. Para representar esse processo de codificação, fizemos o recorte de algumas entrevistas, objetivando explicitar o processo analítico:

#### Quadro 5: Codificação aberta

Conteúdo da Entrevista 14	Códigos Preliminares
<p>Felizmente conseguimos outras coisas como a de estarmos próximos das famílias, conhecendo como vivem e com uma relação de afeto e de responsabilidade muito grande. As famílias, as pessoas percebendo isso faz com que nós profissionais consigam com que as mães amamentem por mais tempo, é possível penetrar mais nos problemas que envolvem o cuidado dentro da própria família e com isso vamos melhorando alguns indicadores.</p>	<p>14.80.102.Falando da aproximação com a família  14.81.102. Conhecendo como vivem as famílias  14.82.102.Tendo relação de afeto e de responsabilidade com a família  14.83.102.Revelando a aproximação com a família  14.84.102.Referindo que as famílias percebem a aproximação dos profissionais  14.85.103.Conseguindo com que as mães amamentem por mais tempo como consequência da aproximação com a família  14.86.103. Sendo possível penetrar na família  14.87.103.Identificando os problemas que envolvem o cuidado pela aproximação com a família  14.88.103.Melhorando indicadores de saúde pela maior aproximação com a família</p>

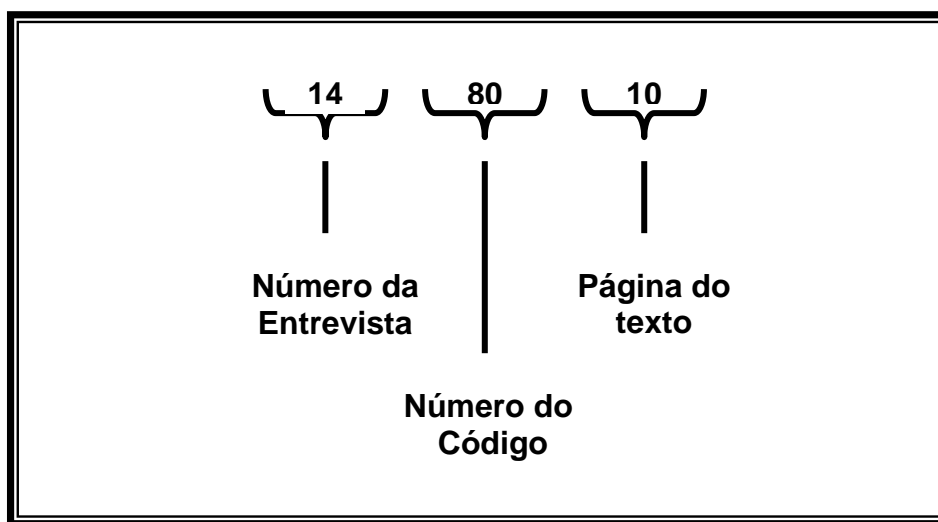
#### Quadro 6: Codificação aberta

Conteúdo da Entrevista 15	Códigos Preliminares
<p>O que favorece muito essa atenção integral à criança é a parceria com a família. Então o cuidado a criança é feita nas consultas, nos atendimentos, na conversa com os familiares. Tomamos essa atitude pela responsabilização. São famílias inteiras que dependem da gente, que esperam muito da gente.</p>	<p>15.168.213.Compreendendo que a parceria com a família favorece a integralidade do cuidado à criança  15.169.214.Cuidando da criança na consulta e na conversa com os familiares  15.170.214.Tomando a responsabilização como atitude de cuidado  15.171.214.Colocando-se próxima do lado do outro para cuidar  15.172.214.Reconhecendo que as famílias dependem dos cuidados dos profissionais  15.172.214.Percebendo que as famílias esperam muito dos profissionais</p>

A título de esclarecimento, os códigos foram identificados por ordem numérica crescente, de forma que pudéssemos, a qualquer momento da análise,

identificá-los por entrevista, por grupo e a localização por página. Portanto, quando colocamos: **14.80.102** significa tratar-se do código número 80 da décima quarta entrevista, localizado na página 102 do texto da análise. De uma forma mais objetiva como mostrado no Quadro 7:

**Quadro 7:** Identificando os códigos



Todas as entrevistas receberam o mesmo tratamento de codificação e interpretação. Esta foi a primeira etapa do trabalho de análise dos dados obtidos, realizada por meio de desmembramento, exame minucioso dos dados e dos códigos, da comparação e da formação de conceitos iniciais. Continuando a codificação aberta, os códigos foram avaliados por similaridades e diferenças, desenvolvendo um segundo agrupamento tendo como objetivo a configuração inicial das categorias, como apresentado a seguir:

**Quadro 8:** Agrupando códigos e atribuindo conceitos

<b>Agrupando os Códigos</b>	<b>Conceitos provisórios</b>
14.80.102.Falando da aproximação com a família 14.86.103. Sendo possível penetrar na família 14.83.102.Revelando a aproximação com a família	Valorizando a aproximação com a família
15.168.213.Compreendendo que a parceria com a família favorece a integralidade do cuidado à criança	Aproximação da família como instrumento para a integralidade do cuidado
15.170.214.Tomando a responsabilização como atitude de cuidado 15.172.214.Reconhecendo que as famílias dependem dos cuidados dos profissionais 15.172.214.Percebendo que as famílias esperam muito dos	Atitude de cuidado

profissionais	
15.169.214.Cuidando da criança na consulta e na conversa com os familiares	A família como ambiente de cuidado
15.171.214.Colocando-se próxima do lado do outro para cuidar 14.82.102.Tendo relação de afeto e de responsabilidade com a família	<b>Modo de cuidar</b>
14.81.102. Conhecendo como vivem as famílias 14.87.103.Identificando os problemas que envolvem o cuidado pela aproximação com a família	<b>A aproximação com a família como instrumento de conhecimento</b>
14.85.103.Conseguindo com que as mães amamentem por mais tempo como consequência da aproximação com a família 14.88.103.Melhorando indicadores de saúde pela maior aproximação com a família	<b>Cuidado eficaz</b>
14.84.102.Referindo que as famílias percebem a aproximação dos profissionais	<b>Sentindo-se Valorizada</b>

Os códigos, por sua vez, sofreram novo processo de comparação (coluna da esquerda), dando origem a categorias (coluna da direita), que são uma classificação de conceitos ou nomes atribuídos aos eventos ou incidentes da experiência estudada (codificação axial). Os significados foram interpretados indutivamente, estabelecendo nomes primários para estes agrupamentos. Buscávamos, nessa etapa, desenvolver as categorias e as subcategorias. No quadro a seguir demonstra-se essa etapa do processo de análise:

**Quadro 9:** Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial

<b>Conceitos provisórios</b>	<b>Códigos Conceituais</b>
Valorizando a aproximação com a família A aproximação com a família como instrumento de conhecimento Aproximação da família como instrumento para a integralidade do cuidado	<b>Valorizando a aproximação com a família</b>
Atitude de cuidado Modo de cuidar Cuidado eficaz	<b>Qualificando o cuidado à criança</b>
A família como ambiente de cuidado	<b>Interagindo com a família</b>

Os códigos elaborados nesta etapa tiveram a característica de serem provisórios, e somente passaram a ter caráter definitivo quando se configuraram como adequados ao objeto investigado e sustentado nas experiências dos envolvidos na investigação. À proporção que se caminhava na análise, os códigos foram se tornando cada vez mais abstratos, dando origem às categorias e

subcategorias. Desta forma, baseando-se nos códigos extraídos das entrevistas, realizamos a **conceituação**. A conceituação é uma abstração dos códigos, na qual nos esforçamos para evitar ao máximo a interpretação além do que estes códigos nos revelavam. Assim, num constante processo de indução, de comparação, e de posse das ferramentas analíticas, o processo de análise manteve-se até alcançar a categoria central.

Ao final desta etapa, estávamos diante de 29 entrevistas codificadas, 7.475 códigos preliminares, 52 grupos/categorias, 47 memorandos e 56 diagramas. Até aqui foi possível exemplificar objetivamente o processo de análise, no entanto, em função do montante de tabelas geradas na codificação axial e seletiva e da respectiva associação entre códigos e categorias, número de diagramas e memorandos não foi possível manter a mesma sistemática. Nesse sentido faremos uma descrição das próximas etapas da análise.

Retornando ao processo de análise, esta etapa foi acrescida consideravelmente no grau de dificuldade, já que compreendia o final da codificação axial e início da codificação seletiva. Nesta fase, as categorias foram reorganizadas por meio das conexões entre categorias e subcategorias, de forma a reduzi-las e uni-las em um significado comum, ou fenômeno (**análise seletiva**). Buscava-se compreender as relações existentes entre as categorias. Foi realizado um novo agrupamento, agora composto de categorias oriundas das diversas entrevistas. Nessa etapa utilizamos de maior nível de abstração e de aprofundamento das interpretações com o objetivo de delimitar o fenômeno.

É chegada a hora de parar de codificar e prosseguir com a análise para integrar e refinar categorias com o objetivo de determinar a categoria central (análise seletiva). Desta forma, a teoria foi sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa. O fenômeno ou categoria central foi configurado por um modelo teórico representativo da integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde, que será apresentado e descrito no próximo capítulo.

### **3.4.8 Organizando o material empírico para a análise**

Antes de concluir este capítulo, optamos por comentar alguns aspectos da organização dos dados e das ferramentas analíticas, utilizadas nesta investigação, a

partir dos pressupostos metodológicos da TFD.

De início, sabíamos que o método da TFD coloca o investigador diante de uma quantidade variável de dados, o que sugere formas de mantê-los organizados e acessíveis. Uma organização que permita facilitar tanto o acesso aos dados como a visualização simultânea dos mesmos. É condição exigida pela dinâmica analítica do ir e vir constante aos dados. Na TFD o investigador trabalha ao mesmo tempo com os dados brutos (entrevistas), com os códigos e com as categorias, pela análise sistemática e comparativa.

Sabíamos também que, para a construção dos códigos, o investigador utiliza verbos, e aqui optamos como na maioria dos estudos com a TFD, por verbos no gerúndio, sugerindo a dinâmica da análise enquanto processo construtivo. A primeira iniciativa foi relacionar o maior número possível de verbos para facilitar a escolha dos mesmos quando da construção dos códigos. Os verbos foram organizados em tabelas por ordem alfabética e divididos por grupos (verbos que indicavam ação, temporalidade, atitude, entre outros).

As entrevistas foram transcritas pela doutoranda logo após serem realizadas, digitadas e inseridas em planilhas individuais do Excel, uma por uma. Foram identificadas por numeração crescente (Entrevista 1, Entrevista 2...) e pela data de sua realização.

Seguida da transcrição procedeu-se à leitura da entrevista e elaboração de uma compressão da mesma em forma de diagrama. Os memorandos eram elaborados a partir do levantamento de hipóteses. De posse das três ferramentas (entrevista, diagrama e memorando), completava-se o arquivo, considerado como unidade analítica. Assim, quando acessava o arquivo estava disponível a entrevista, o diagrama e o memorando. Procedemos desta forma da primeira até a última entrevista.

As planilhas com os códigos foram impressas e encadernadas por considerarmos ser esta a forma de mantê-los organizados e acessíveis. Pela quantidade de códigos ficou de certa forma difícil acessá-los na tela do computador.

Para o registro da análise dos dados, utilizamos tabela com duas colunas: a da esquerda, com os dados brutos (conteúdo na íntegra da entrevista); e na coluna da direita encontravam-se os códigos (Quadro 4 e 5). A partir do agrupamento dos códigos, a coluna da esquerda foi utilizada para os códigos preliminares e a da direita para os códigos conceituais (Quadro 8). De posse dos códigos conceituais

estes passaram a ocupar a coluna da esquerda, e, na coluna da direita, as categorias e subcategorias (Quadro 9).

#### 3.4.8.1 Desenvolvendo Memorandos e Construindo Diagramas

Para apoiar a análise, além das entrevistas, foi utilizada a técnica de registro, em forma de memorandos e de diagramas. Estas duas ferramentas foram extremamente importantes, em especial, na fase da codificação seletiva. Para Arenas (2005), os memorandos são uma forma de registro cuja função é servir de recordatório ou fonte de informação. É um tipo de registro que contém produtos da análise. São analíticos e conceituais, em vez de descritivos enquanto os diagramas são esquemas visuais. A elaboração de memorandos configurou-se como um método para preservarmos as hipóteses emergentes, os esquemas analíticos, as intuições e abstrações construídas e pensadas no decorrer da análise. Os diagramas e os memorandos, como análise sistemática dos dados, forneceram densidade e precisão à teoria. Ao todo foram elaborados 56 diagramas e 47 memorandos, pois, à proporção que aumentava o nível de integração das categorias e de maior abstração crescia também a necessidade de construir diagramas e redigir memorandos.

O processo de construção da teoria implica o registro do processo analítico desde o seu início, de modo que se pode perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, a partir da codificação da primeira entrevista, todas as idéias, hipóteses e questionamentos que surgiram foram registrados em diagramas e memorandos. A seguir, alguns exemplos de memorandos e diagramas utilizados nesta investigação.

**Memorando**  
**Data: outubro de 2006**  
**Situação: Aproximando-se das famílias**

Cada equipe possui características particulares que a diferencia das demais. Essas diferenças são expressas pela forma como se articulam e nas relações entre os profissionais e nos laços de amizade que ultrapassam as relações de trabalho. Parece-me que, quanto melhores as relações entre os profissionais melhor é a relação dos profissionais, na equipe e da equipe com a família e com a comunidade. A aproximação dos profissionais com a família produz sentidos diferentes entre os mesmos. Alguns profissionais demonstram sofrimento pelas dificuldades percebidas no que diz respeito às dificuldades sociais e econômicas das famílias. Em outros, o sofrimento vem acompanhado de um senso de responsabilidade maior. Essa condição gera nos profissionais dois sentimentos: o de maior responsabilização ou o de acomodação por acreditar que não são capazes de resolver os problemas daquelas famílias. Sentem-se impotentes. Outras vezes, sentem-se fortalecidos para um trabalho diferenciado aproximando-os ainda mais das famílias. Os profissionais



não conseguem se imaginar vivendo nas mesmas condições que as famílias de sua área de atuação. Por outro lado, a aproximação com a família permite ampliar o conhecimento dos profissionais sobre as condições de vida e moradia das famílias, o que facilita a intervenção em saúde.

**Memorando**  
**Da**  
**ta: Janeiro de 2006**  
**Situação: Refletindo sobre a organização do trabalho na ABS**

O trabalho em saúde envolve diversos profissionais de categorias e especialidades diferentes, o que nos leva a pensar que o trabalho em saúde é sempre um trabalho coletivo. Mas como é trabalhar com o outro? De que maneira o trabalho do outro interfere no meu? O trabalho do outro ajuda, acrescenta, possibilita novas formas de agir em saúde e no cuidado à criança? Parece-me que os profissionais estão presos às estruturas do modelo biomédico, muito embora exercendo suas atividades profissionais na ABS e no PSF que tem como pressupostos o cuidado, o conceito ampliado de saúde e a atenção centrada na família.

**Memorando**  
**Data: Maio de 2007**  
**Situação: falando sobre o sistema de referência e contra-referência**

Parece que as UBS não fazem parte do Sistema de Saúde. Parece estarem excluídas da alta complexidade pelos profissionais. Existe uma falta de comunicação entre a ABS e os níveis da média e alta complexidade. Essa ausência/falta/pouca comunicação entre a ABS, a média e a alta complexidade fazem com que o fluxo da criança no sistema seja interrompido. Essa condição parece gerar nos profissionais algo entre revolta, tristeza e insatisfação. É possível que a não estruturação do sistema de referência e contra-referência no município represente um limitador para a integralidade do cuidado e gerador de sentimentos de insatisfação nos profissionais de saúde. Há um desejo expressos pelos profissionais do PSF em construir oportunidades de integração entre os níveis da atenção básica e os da média e alta complexidade.

**Memorando**  
**Data: Maio de 2007**  
**Situação: esforçando-se para o trabalho em equipe**

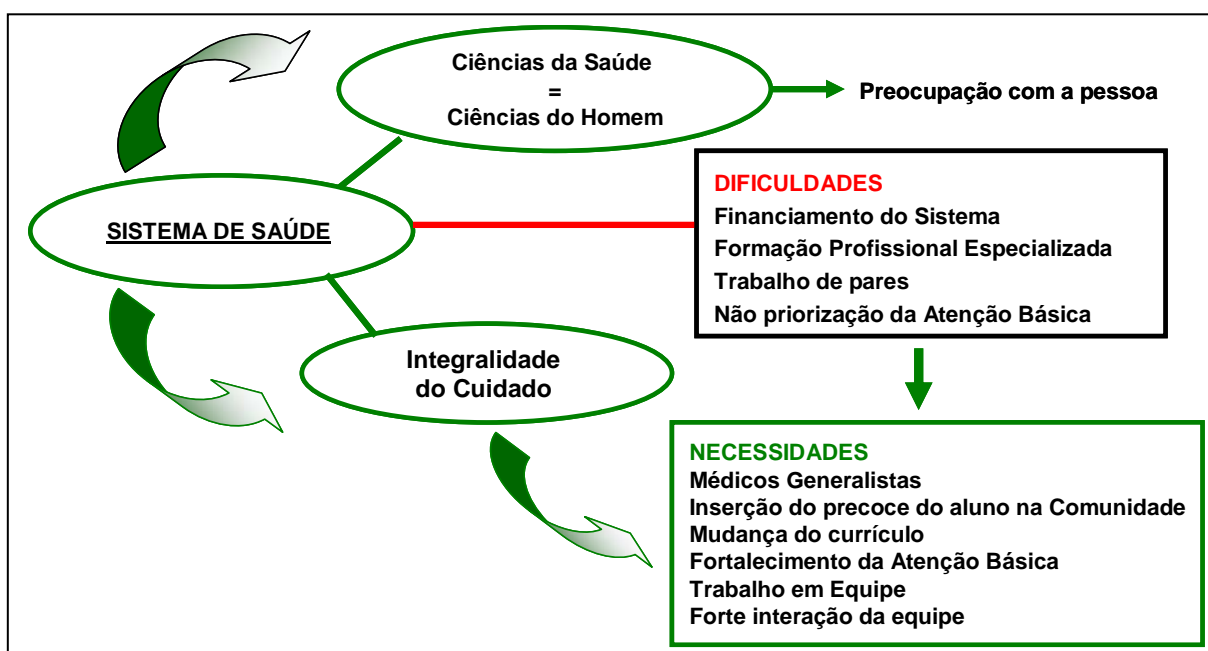
Os profissionais são capazes de falar livremente sobre as suas dificuldades pessoais no trabalho em equipe, assumindo a pouca habilidade para o cuidado à criança a partir do trabalho com outros profissionais. Reconhecem que as ações de cuidado e atenção à criança são isoladas, cada um fazendo a sua parte. No entanto, reconhecem que as relações na equipe e da equipe com a família atuam como mediadores para a integralidade do cuidado. Percebi nos profissionais a intenção de mudar, de abertura para o novo e a preferência do enfermeiro pelo papel cuidador.

**Memorando**  
**Data: Julho de 2007**  
**Situação: Identificando dificuldades para a integralidade do cuidado a partir da falta de estrutura dos serviços**

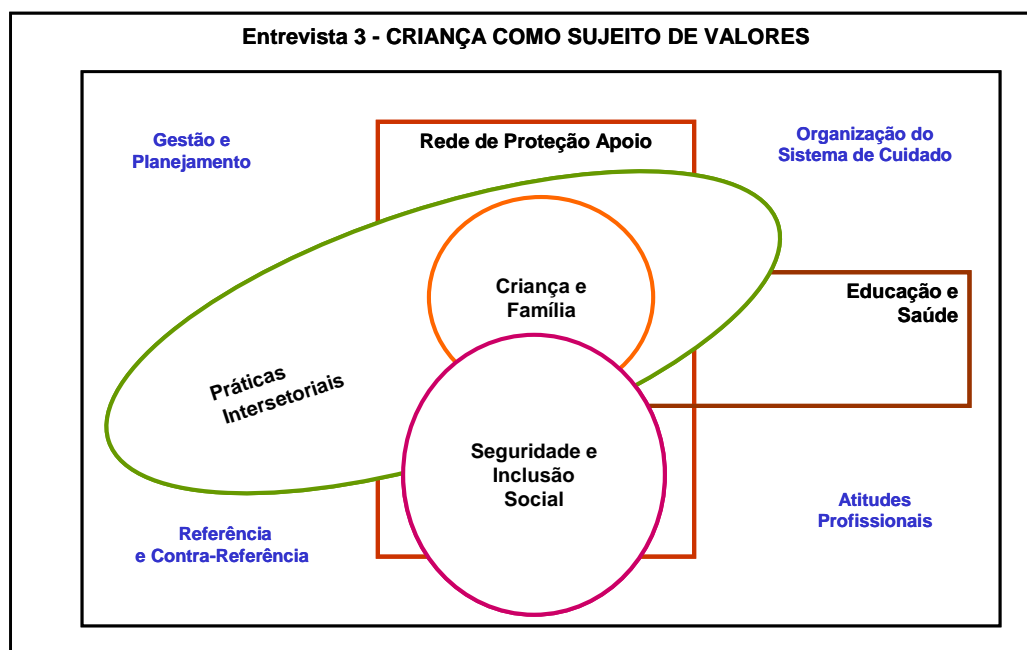
Nas falas dos médicos, eles se sentem apreensivos no cuidado à criança na ABS pela falta de recursos materiais. A falta de insumos, de medicamentos, de transporte e de articulação com outros serviços gera uma situação de insegurança profissional, que compromete inclusive o vínculo do profissional com as mães, com as famílias e com a comunidade. A inadequação da estrutura física das unidades, a permanente falta de medicamentos são, na opinião dos médicos, instrumentos que potencializam a fragmentação do cuidado à criança na ABS.

Memorando  
Data: julho de 2007  
Situação: Identificando Modos de Cuidar

Os significados atribuídos à integralidade do cuidado direcionam-se para a idéia de que a ação de prestar cuidados diz respeito a todos os profissionais que exercem suas atividades na saúde. A lógica da integralidade do cuidado tem necessidade de reunir todos os profissionais em uma perspectiva de trabalho solidário, cooperativo e complementar. Os profissionais compreendem que o cuidado diz respeito a todos os profissionais. Cada profissional tem uma maneira pessoal de cuidar, mas que existem motivadores pessoais que qualificam as formas de cuidar. Existem, portanto, na opinião dos profissionais, modos e formas de cuidar.



**Figura 6:** Diagrama Entrevista 1



**Figura 7:** Diagrama Entrevista 3



Figura 8: Diagrama Entrevista 10

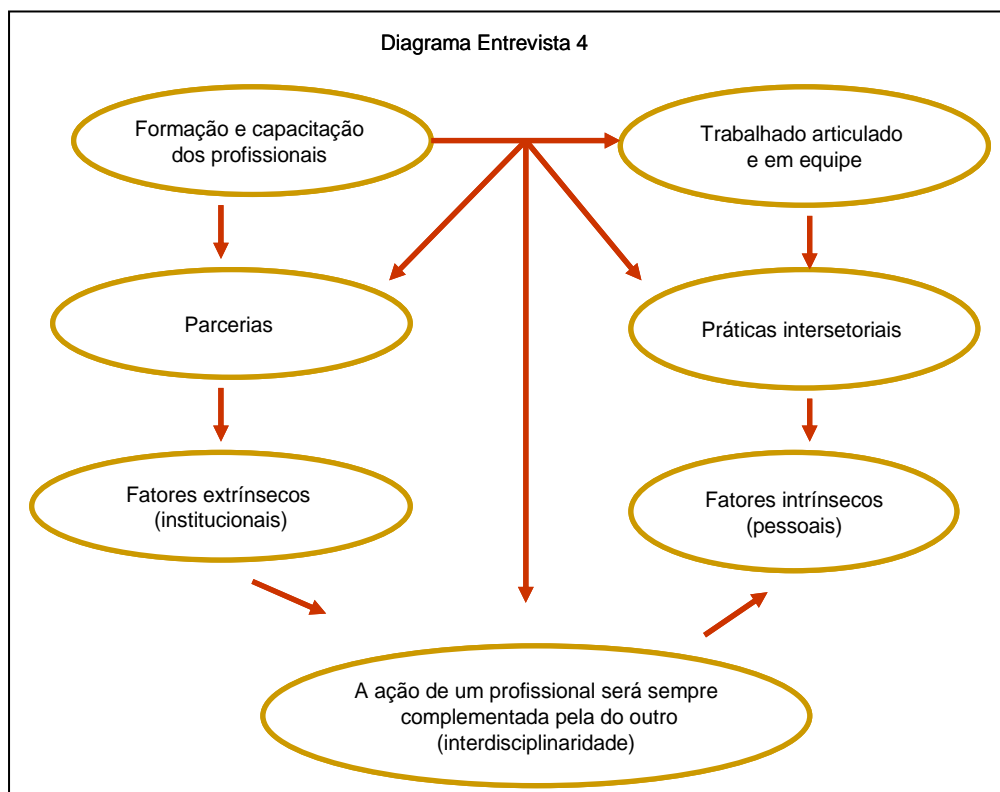
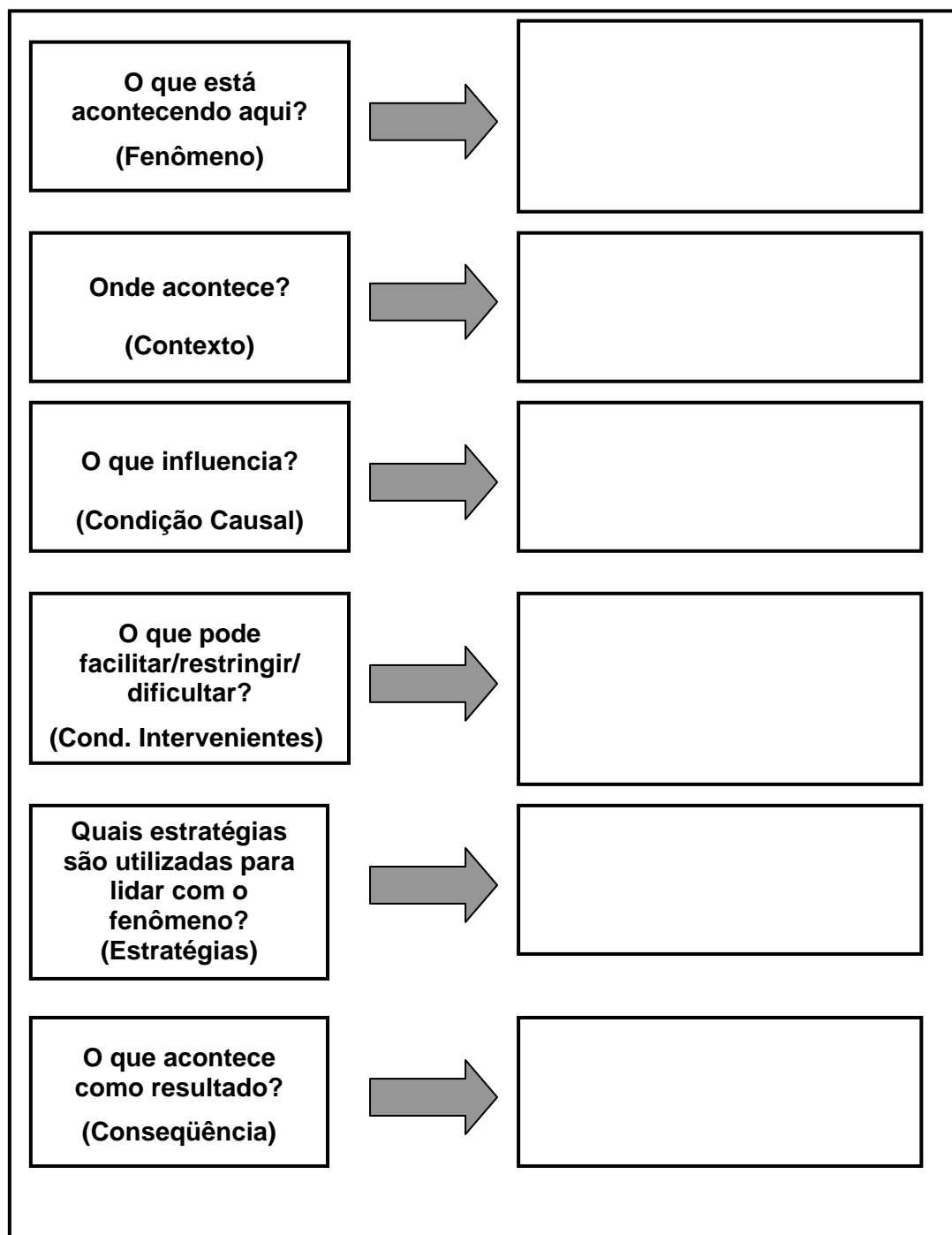


Figura 9: Diagrama Entrevista 4

### 3.4.9 Revelando a Categoria Central

Uma vez as categorias e seus componentes identificados, elas foram ordenadas de maneira a identificar uma que seria central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas as outras se relacionavam (análise seletiva). Para chegar à categoria central, foram elaborados esquemas explicativos (diagramas) e redigidos memorandos, como já comentado, além do retorno aos dados brutos, de modo a verificar qual categoria parecia melhor expressar os significados de integralidade do cuidado em termos conceituais. Utilizamos da construção de um quadro referência para apoiar a delimitação do fenômeno e do modelo paradigmático definidos na TFD, mostrado a seguir na Fig. 10 (Estruturando o modelo Paradigmático).

Da integração, associação e comparação dos códigos, das categorias e subcategorias originou a compreensão dos significados da integralidade do cuidado à criança na ABS por onde foi construída a categoria central a **teoria substantiva**.



**Figura 10:** Estruturando o Modelo Paradigmático

### 3.4.10 Validando a Teoria

Ainda como estratégia metodológica da TFD o processo é encerrado pela “validação” da Teoria. Como já referido, a teoria emerge dos dados pela integração

de conceitos e categorias, representando uma construção abstrata da compreensão dos dados brutos. Para Strauss e Corbin (2008, p. 157) “é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico”. Os participantes devem perceber a teoria como uma explicação razoável do que está acontecendo, mesmo que nem todos os detalhes se ajustem. A validação de uma teoria na pesquisa qualitativa não tem a idéia de testar, como é na pesquisa quantitativa. A validação consiste em comparar conceitos e determinar o quanto eles são apropriados para a investigação que foi desenvolvida.

Para esse momento elaboramos uma síntese da investigação incluindo os objetivos, o referencial metodológico (onde foram explicitadas as estratégias de análise), as categorias e subcategorias. Essa síntese foi nomeada Situando o Contexto da Investigação: Guiando a Análise da Matriz Conceitual (Apêndice 4) e teve como objetivo orientar a validação do modelo. Anexamos a este material o diagrama representativo do modelo e a descrição do mesmo com os seus componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e conseqüências (Apêndice 5).

Participaram da validação do modelo teórico cinco profissionais (4 enfermeiras e 1 médico) dos quais quatro foram sujeitos da investigação. A proposta do modelo foi aceita pelos avaliadores sugerindo a troca de alguns termos utilizados nos conceitos, como por exemplo, substituir impossibilidades por dificuldades. Os avaliadores julgaram o modelo com grande capacidade de abstração capaz de ser utilizado em outra área que não a pediátrica dada a sua característica de generalização. Segundo relato dos avaliadores o modelo traduz a integralidade do cuidado como uma prática em construção.

A dificuldade na validação do modelo ocorreu em função dos avaliadores não conhecerem a metodologia utilizada na investigação. Portanto, fica aqui a sugestão de que a validação ocorra com sujeitos que dominem o método da TFD associado aos sujeitos participantes da pesquisa.

De maneira geral, o processo da análise nesta investigação configurou-se como processo dinâmico, sistemático e criativo representado na Figura 11:

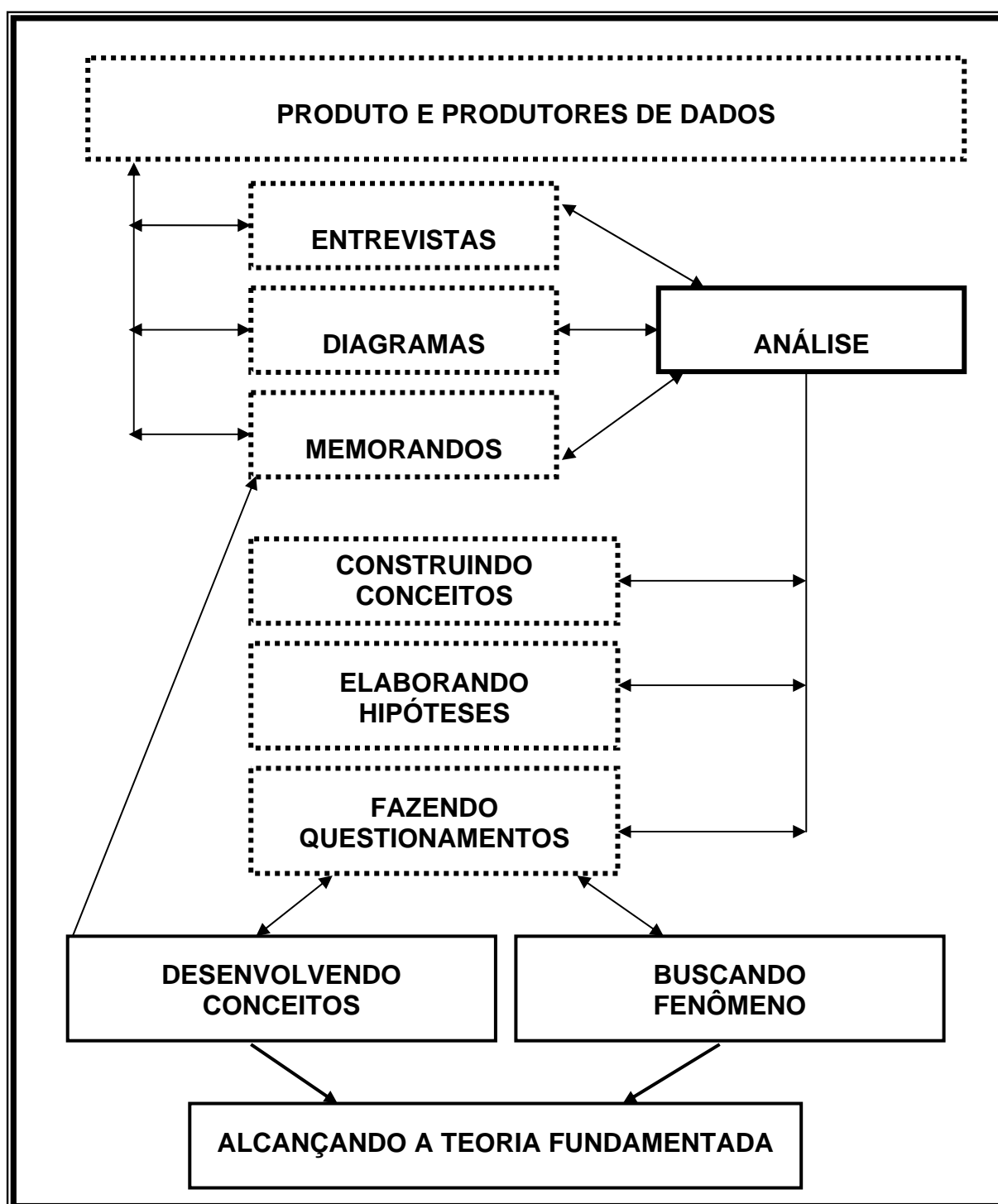


Figura 11: Esquema explicativo do processo de análise da TFD

### 3.5 CONHECENDO O SISTEMA DE CUIDADOS À CRIANÇA EM PORTUGAL: A EXPERIÊNCIA PROPORCIONADA PELO DOUTORADO SANDUÍCHE

A partir da análise das entrevistas do primeiro grupo amostral, foram se delineando categorias iniciais e perguntas de pesquisa para o grupo amostral seguinte. Este período coincidiu com o momento em que elaborávamos o projeto para concorrer a bolsa de estudo para o Doutorado Sanduíche no Exterior. Uma das inquietações decorrentes da análise das primeiras entrevistas dirigiu-se para a organização das práticas de cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde que nos levou a elaborar as seguintes indagações para o referido projeto: Como estão organizadas as práticas de cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde em Portugal? Que estrutura organizacional tem o sistema de saúde em Portugal que permita o cuidado integral à criança? Como se estrutura o sistema de cuidados à criança em Portugal considerando os diversos níveis de complexidade do cuidado em saúde? Que estrutura é disponibilizada pela instituição de ensino superior na formação do enfermeiro?

Os **objetivos** para o estágio de Doutoramento Sanduíche ficaram assim definidos:

- Apreender a estrutura política e organizativa do Sistema Nacional de Saúde da Criança em Portugal;
- Identificar modelos, tecnologias e filosofias assistenciais de cuidado a criança na Atenção Básica de Saúde em Portugal;
- Acessar a estrutura organizacional do ensino superior de Enfermagem em Portugal e mais especificamente da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Em Portugal, assim como no Brasil, o Sistema de Saúde é organizado em Regiões de Saúde, em um total de cinco tais sejam:

- Região de Saúde do Centro
- Região de Saúde do Norte
- Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- Região de Saúde do Alentejo
- Região de Saúde do Algarve



A Região de Saúde Norte (ARS Norte) é composta por cinco sub-regiões de saúde: sub-região de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real. Esta sub-região, segundo o Relatório de Gestão 2006 disponibiliza de 14 Centros de Saúde com internamento, 73 unidades ambulatoriais, totalizando 87 Centros de Saúde, 63 Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e 359 Extensões, para uma população residente de 3.236.089 habitantes, com número médio de três consultas/ano por habitante. Foram realizadas no ano de 2006 segundo Relatório de Gestão (PORTUGAL. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006) 967.086 consultas ambulatoriais de saúde infantil e juvenil que inclui a faixa etária de zero a 18 anos. Para atender a rede de serviços a ARS disponibiliza de 2.139 médicos e 2.376 enfermeiros (Idem) distribuídos nos diversos níveis do cuidado.

Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal encontra-se, assim como o Ensino Superior, em uma fase de reorganização e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Até o início do mês de fevereiro de 2008 em curso encontrava-se em funcionamento 105 USF. Estas equipes propõem-se a prestar cuidados de saúde a uma população com mais de 1 milhão de cidadãos portugueses. Em meados de fevereiro foram implementadas 03 (três) USF totalizando atualmente 108 unidades.

Em relação à organização dos Cuidados Primários de Saúde em Portugal, duas situações merecem destaque, pois, diferenciam-se do definido pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). A primeira relaciona-se com o cadastramento do usuário na unidade de saúde. A Direção Geral de Saúde – DGS (PORTUGAL, 2008) orienta os usuários do Sistema Nacional de Saúde que todas as famílias devem se dirigir ao Centro de Saúde de sua área de residência e inscrever-se no serviço sendo facultado ao usuário o direito de escolher o seu médico de família dentre aqueles que trabalham no Centro de Saúde. No caso em que o médico escolhido encontra-se com sua lista preenchida, o usuário será aconselhado a optar por um dos médicos cujas listas existam vagas. É dado ainda ao usuário o direito de mudar de médico de família. Nesse caso deverá apresentar o seu pedido por escrito, devidamente justificado ao Diretor do Centro de Saúde a quem cabe decidir. Por sua vez, o médico de família pode recusar ou cancelar a inscrição de qualquer usuário na sua lista, mediante justificativa também dirigida ao Diretor do Centro de Saúde a quem caberá a decisão (Idem).

No Brasil, e mais especificamente no Maranhão, o cadastramento das

famílias no Programa Saúde da Família é realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) – membro que integra a equipe de saúde e é veículo de comunicação entre as famílias e a unidade de saúde – em visita domiciliar. Nessa visita o ACS preenche uma ficha (Ficha A – Cadastro da Família) que permite relacionar todos os membros da família, idade, sexo, parentesco, problemas de saúde com ênfase nas doenças crônicas, transmissíveis e infecciosas, além do endereço e localização. Essa ficha é atualizada regularmente para acompanhar o processo vital da família como nascimentos e mortes dentre outros acontecimentos como alteração de endereço, mudança da família para outra área de abrangência, inclusão de outro membro familiar ou o seu desligamento. Funciona, portanto, como recurso de informação para os relatórios e sistemas de informação em saúde.

Em Portugal a DGS orienta que todos os membros da família estejam inseridos na lista do mesmo médico de família, pois assim será possível uma maior compreensão dos problemas que afetam a família, tornando o trabalho mais eficaz e mais satisfatória a relação médico-família (Ibidem). No entanto, por diversas razões, é possível que nem toda família se inscreva com o mesmo médico. No Brasil, todos os membros da família residentes no mesmo domicílio são cadastrados na mesma unidade e na mesma equipe de saúde da família. Não há como em Portugal o direito das famílias optarem pela equipe e/ou pelos profissionais de saúde de quem receberão os cuidados e as informações em saúde.

A segunda situação diz respeito ao pagamento de taxas, denominadas Taxas Moderadoras, pelos usuários nos atendimentos, serviços e procedimentos em saúde conforme o que termina a Portaria n.º 395-A de 30 de março de 2007:

Art. 2.º Sem prejuízo do estabelecido entre os serviços e estabelecimentos que integram o Serviço Nacional de Saúde e entre estes e outras entidades, as taxas moderadoras devem ser cobradas no momento da realização dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, da admissão na urgência, da apresentação do utente na consulta e da admissão para cirurgia de ambulatório. No caso de taxa devida por internamento, a cobrança deverá ocorrer no momento em que a instituição considerar mais adequada à sua organização interna. (Portugal, 2007, p. 2034-2).

Art. 8.º Para cumprimento do disposto no n.º 2.º, os serviços e estabelecimentos que integram o Serviço Nacional de Saúde ou que têm contrato ou convenção com o Serviço Nacional de Saúde devem providenciar os meios para a efectiva cobrança das taxas moderadoras, designadamente através de terminais de pagamento automático e, nos casos de pagamento posteriores,

providenciar a possibilidade de pagamento através de Multibanco. Devem, ainda, proceder a uma correcta e suficiente identificação do utente, no momento em que a taxa é devida, de modo a evitar outros procedimentos administrativos ou judiciais de cobrança, que podem redundar num custo superior à própria taxa moderadora.

Ainda em relação às Taxas Moderadoras no Art. 1.º do Decreto-Lei n.º 173 de 01 de agosto de 2003 (Portugal, 2007) é definido que:

O acesso às prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde implica o pagamento de taxas moderadoras nos casos seguintes: Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, com excepção dos efectuados em regime de internamento; Nos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde; Nas consultas nos hospitais, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

O Art. 2.º do Decreto-Lei n.º173 (PORTUGAL, 2003) trata dos casos de isenções do pagamento das Taxas Moderadoras:

- a) grávidas e parturientes;
- b) crianças até aos 12 anos de idade;
- c) os beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- d) Os beneficiários de subsídio mensal vitalício;
- e) Os pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- f) Os desempregados, inscritos nos centros de emprego, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- g) Os beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores;
- h) Os internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal;
- i) Os trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes;
- j) Os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade

permanente global não inferior a 50%;

l) Os beneficiários do rendimento social de inserção;

m) Os insuficientes renais crônicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsônicos, tuberculosos, doentes com sida e soropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com doença de Hansen, com espondilite anquilosante e esclerose múltipla;

n) Os doadores de sangue;

o) Os doentes mentais crônicos;

p) Os alcoólicos crônicos e toxicodependentes, quando inseridos em programas de recuperação, no âmbito do recurso a serviços oficiais;

q) Os doentes portadores de doenças crônicas, identificadas em portaria do Ministro da Saúde que, por critério médico, obriguem a consultas, exames e tratamentos freqüentes e sejam potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida;

r) Os bombeiros;

s) Outros casos determinados em legislação especial.

No Brasil o SUS é totalmente gratuito não recaindo sobre o cidadão brasileiro o pagamento de taxas em nenhum serviço público de saúde seja este de ensino, estadual ou municipal em qualquer nível da assistência (baixa, média e alta complexidade). Inserem-se ainda na rede pública de saúde as instituições de caráter filantrópico.

O **cuidado à criança** na Atenção Primária de Saúde (PORTUGAL, 2004, 2005) estrutura-se a partir do agendamento das consultas de acordo com a idade-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebê, da criança e do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade. Visa, sobretudo, a harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocamentos da criança e da família ao Centro de Saúde (PORTUGAL, 2005).

A política de cuidado a saúde da criança enfatiza:

- a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental;
- Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de

correção e que possam afetar negativamente a saúde da criança;

- Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens

Em Portugal, o cuidado à criança deve ser permeado pela **visitação domiciliária** (PORTUGAL 2004, 2005), essencialmente realizada pelo enfermeiro, por ser considerado elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crônica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco. Outro instrumento de organização do cuidado à criança é o **trabalho em equipe** (PORTUGAL, 2004, 2005), não restrito ao setor saúde, mas que alcance a comunidade e as estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, associações desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, entre outros). O trabalho em equipe, segundo os preceitos políticos da organização do cuidado, precisa ser estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares. (PORTUGAL, 2005).

São definidos como objetivos da Atenção à Criança nos Cuidados Primários de Saúde (PORTUGAL, 2005):

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registrar, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial;
- Estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com a nutrição adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas; a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress; a prevenção de consumos nocivos e a adoção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes;
- Promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas e a saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar, e a prevenção das

perturbações da esfera psicoafectiva;

- Detectar precocemente e encaminhar situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congênitas, perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo;
- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crônica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças;
- Assegurar a realização do aconselhamento genético sempre que tal esteja indicado;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência, qualquer que seja o seu tipo;
- Promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde;
- Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar.

As áreas prioritárias do cuidado à saúde da criança diz respeito à promoção da saúde em meio escolar, aconselhamento em aleitamento materno, vigilância do calendário de vacinas e do crescimento e desenvolvimento e as crianças com necessidades especiais e doenças reumáticas. (PORTUGAL, 2005).

### **3.5.1 Fazendo algumas considerações sobre as Unidades e serviços de Saúde Visitados em Portugal**

Em Portugal, encontra-se em processo de reorganização tanto os serviços como as práticas de cuidado, no que diz respeito, em especial, ao incentivo e apoio aos cuidados primários de saúde. É ainda baixa a cobertura de Unidades Saúde

Familiar, sendo este período o de implementação do número de equipes nas diversas regiões de saúde do país.

O país se esforça no sentido de garantir aos cidadãos um serviço de saúde qualitativo, resolutivo e de fácil acesso. No entanto, o atual processo de mudança repercute tanto na organização das práticas de cuidados como na estrutura e funcionalidade dos serviços considerando que algumas unidades de saúde foram fechadas e os funcionários aproveitados em outros serviços, ou ainda a fusão de várias unidades em uma só estrutura. Esta condição gera por vezes, na população e nos profissionais, sentimentos de insegurança e insatisfação e, sobretudo, em relação à necessidade do reaprender novas formas de fazer e de agir.

O **Centro de Saúde Soares dos Reis** foi o primeiro serviço visitado. Localizado em Vila Nova de Gaia, pertence a ARS Norte, funcionando de segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 horas e disponibiliza dos serviços de Medicina familiar, estomatologia, consultas de recursos, nutrição, psicologia, pediatria e saúde pública. Acompanhei a consulta de enfermagem a criança no primeiro ano de vida realizada pela enfermeira de uma das equipes de Saúde Familiar. O primeiro atendimento da criança é agendado pelo administrativo e as consultas subseqüentes pelo profissional em sistema informatizado. O atendimento pediátrico realizado pela enfermeira atende aos objetivos e pressuposto da política de saúde da criança definido pelo Ministério. As intervenções e registros de enfermagem são informatizados tendo como modelo a CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. O sistema de informação é de fácil manuseio e a enfermeira demonstrou habilidade com o mesmo. Na opinião da mesma é um sistema que facilita o registro das informações, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem assim como o acompanhamento da criança na unidade de saúde. O agendamento do retorno é amplamente negociado com a família fato que possibilita o retorno e a continuidade do acompanhamento.

A Unidade de Saúde disponibiliza da atividade de captação precoce do recém-nascido pela atenção primária de saúde. Esta ação é organizada a partir do envio da **Notícia de Nascimento** pela Maternidade no momento da alta da mãe, preferencialmente por fax, ao Centro de Saúde da respectiva área de residência da mãe (ou outro, por ela indicado). Cada Centro de Saúde tem disponível um profissional para centralizar a recepção das Notícias de Nascimento e pelo seguimento de acordo com as normas estabelecidas. Em geral é realizado visita

domiciliar pela enfermeira do Centro de Saúde na primeira semana do nascimento dando especial atenção às situações de risco que podem envolver a criança e a família. No caso em que a família não seja localizada ou que não compareça ao Centro de Saúde no período de 15 dias devem ser tomadas as medidas necessárias para o planejamento dos cuidados à criança (monitoramento do crescimento, do desenvolvimento e do plano de vacinação) e às mães, em especial, aquelas que dizem respeito ao planejamento familiar. No entanto, a operacionalização dessa atividade apresenta alguns problemas como os relacionados pelas enfermeiras: atraso no recebimento da Notícia de Nascimento pelo Centro de Saúde, a burocratização no envio (o fluxo é feita da maternidade para a sub-região de Saúde e desta para o Centro de Saúde), endereços não localizados, e na maioria das vezes o endereço é de parentes da mãe quando esta é de outra área de abrangência. Referem que é comum as mães comparecerem no Centro de Saúde antes que este receba a Notícia de Nascimento. Apesar dos problemas no envio, no recebimento e na localização do endereço, compreendemos que esta se configura numa excelente estratégia para o cuidado precoce ao recém-nascido.

No Brasil, em especial, em São Luís - MA, o Agente Comunitário de Saúde é quem faz a notificação do nascimento à equipe de Saúde da Família. As maternidades notificam o nascimento fazendo o registro em documento denominado Aviso de Nascimento, em três vias (uma via fica no arquivo da maternidade, outra é encaminhada à Secretaria de Saúde e a terceira é entregue a mãe) para fins de Registro Civil, não tendo nenhuma comunicação com a atenção Básica de Saúde.

Ficou pouco visível o trabalho em equipe neste serviço. Quando questionada, a enfermeira relata alguns momentos em que o trabalho de parceria é feito com o médico, principalmente no que diz respeito às questões de doença. Não há como rotina do serviço o planejamento em equipe das atividades em saúde da criança. A profissional alega que ainda é preciso passos largos para alcançar o trabalho interdisciplinar e, que em Portugal está muito presente a hegemonia médica.

Ressalta-se a ênfase dada na intervenção familiar pelo menos durante a consulta de enfermagem.

No **Centro de Saúde S. Mamede de Infesta**, tive a oportunidade de conhecer uma estrutura organizacional do serviço que se diferencia do observado no serviço anterior. As equipes de saúde familiar articulam-se no planejamento das



atividades de saúde da criança e da família. O Centro de Saúde S. Mamede de Infesta é integrado a Unidade Local de Saúde de Matosinhos tendo como hospital de referência o Pedro Hispano. Funciona de segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 horas com serviços de medicina geral e familiar, psicologia, nutrição e ainda o serviço de urgência – SASU - funcionando de segunda a sexta-feira das 20:00 às 23:00 horas e aos sábados, domingos e feriados das 8:00 às 23:00 horas.

As atividades de enfermagem no que diz respeito à criança são aquelas definidas como estratégicas pelo Ministério da Saúde. A unidade organiza-se a partir de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e as de educação em saúde. Cabe às enfermeiras especialistas coordenar as atividades de cuidado, recaindo sobre elas maior responsabilização.

Nesse serviço tive a oportunidade de acompanhar as atividades realizadas pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica no que diz respeito ao preparo das gestantes para o parto e reuniões de incentivo à prática do aleitamento materno. Para as atividades de preparação para o parto a Junta de Freguesia de Matosinhos, em um trabalho cooperativo com a unidade de saúde, disponibilizou e montou um espaço para este fim, localizado nas proximidades do Centro de Saúde. Este tipo de experiência de trabalho interinstitucional deve ser buscado no sentido de garantir ao usuário práticas mais eficazes de cuidado. É sem dúvida um bom exemplo de parceria.

Chamou atenção a estrutura física do Centro de Saúde com instalações amplas, iluminação natural, disponibilizando móveis e equipamentos que permitem a realização das atividades e a satisfação dos profissionais e dos usuários. A composição da equipe de saúde familiar se diferencia em muito da que temos no Brasil, considerando que integra a equipe o médico, a enfermeira e o administrativo. Cabe a enfermeira todas as atividades de enfermagem (consultas a todos os grupos, visita domiciliar, educação em saúde, administração de medicamentos e vacinas, realização de curativos, nebulizações, entre outros), incluindo a coleta de material para exames laboratoriais e o agendamento dos mesmos. Ainda em relação a este Centro de Saúde destaca-se o recurso utilizado para a mobilidade dos enfermeiros no que diz respeito às visitas domiciliares e às atividades de Educação em Saúde. Anteriormente estes deslocamentos eram feitos em táxi e os serviços pagos pela Direção do Centro de Saúde. Atualmente a unidade dispõe de três automóveis (Smart Two) que são utilizados para tais fins. Todos os veículos possuem a

logomarca do serviço Médico de Família e o nome do Centro de Saúde. Os veículos ficam disponíveis às enfermeiras que por meio de um planejamento prévio organizam o fluxo dos mesmos. Os veículos são conduzidos pelas próprias enfermeiras e, o serviço exige um controle do registro da data, o horário da saída e da chegada e a quilometragem. Segundo o que foi informado pela enfermeira, tal medida reduziu os gastos com transportes, e, pelo fato dos veículos serem conduzidos pelas enfermeiras houve redução dos danos tanto mecânicos como de lataria.

A visita ao **Hospital Maria Pia** foi realizada na companhia de uma enfermeira e professora de enfermagem pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, condição que viabilizou o contato com o serviço, com as colegas enfermeiras e com os alunos de enfermagem. O Hospital Maria Pia, fundado em 1882, é um dos mais antigos hospitais pediátricos de Portugal e é referência para a zona norte e parte da zona Centro de Porto cobrindo uma população de 2.000.000 habitantes. Disponibiliza de 125 leitos com mais de cinco mil internamentos e 80.000 consultas e atendimentos. Oferece à população todos os atendimentos clínicos e de especialidades de média e alta complexidade onde estão os serviços da unidade neonatal e da unidade pediátrica de cuidados intensivos. O hospital disponibiliza ainda do sistema hospital-dia. A maior demanda deste serviço é caracterizada por crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas.

A visita ao **Hospital Pediátrico de Coimbra** foi planejada por ser este serviço referência no país no cuidado à criança. A primeira visita ocorreu em um final de tarde e se restringiu a uma passagem rápida por alguns setores do hospital. No entanto, sentimos a necessidade de retornar desta vez com o objetivo de conhecer como se dá a organização da triagem de crianças no serviço de urgência realizada por enfermeiros, identificada quando da primeira visita.

O Hospital Pediátrico (HP) inaugurado em 1977 atendia inicialmente, crianças até os sete anos de idade, posteriormente essa faixa etária foi estendida para os onze e desde 2000 atende crianças e adolescentes até os 13 anos podendo ser ultrapassada em ocasiões especiais. É o único hospital pediátrico especializado na zona centro do país funcionando como referência para os centros de saúde do distrito de Coimbra e para o país no caso de patologias pediátricas específicas. (AMARAL, 2007). A filosofia de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros no HP visa apreender a criança como um ser único e parte integrante da família, em um

modo de cuidar onde os profissionais e a família são parceiros que colaboram mutuamente para um projeto de cuidado em saúde articulado e sistêmico. O método de organização do trabalho é o dos Cuidados Individualizados, segundo o qual, “os enfermeiros se responsabilizam pela globalidade dos cuidados à criança e à família que lhes são distribuídas durante o turno de trabalho”. (AMARAL, 2007:17). Recentemente foi implementado uma nova forma de organização de cuidados de enfermagem pelo Enfermeiro de Referência, cuja principal característica é a atribuição da responsabilidade da criança e da família a um enfermeiro ao longo de todo o processo de cuidados (Ibidem).

Desde a inauguração do hospital a triagem das crianças no serviço de urgência é realizada pelo enfermeiro. A operacionalização diz respeito a um atendimento anterior ao do médico e posterior ao registro na recepção do serviço onde é feita a ficha de atendimento. A referida ficha por meio de sistema informático é impressa na sala da triagem do lado da mesa da enfermeira. Ao entrar na sala é realizada investigação objetiva da queixa clínica da criança, avaliado temperatura e frequência respiratória e exame físico. Em caso de febre a criança é medicada e retorna à sala de espera para atendimento médico. Os casos de emergência e de maior gravidade, o médico plantonista é acionado e a criança atendida em sala equipada para este fim.

O regime de trabalho dos enfermeiros é de 40 horas divididas em três em turnos de oito horas (das 8:00 às 16:00, das 16:00 às 24:00 e das 24:00 às 8:00 horas), sem regime fixo de turno, isto é, todos os enfermeiros fazem os três turnos. A passagem de turno é feita em dois momentos: o primeiro (na sala da chefia de enfermagem) é na presença de toda a equipe de enfermagem inclusive da chefe de enfermagem do setor, com exceção dos finais de turno das 24:00 e dos finais de semana; o segundo momento diz respeito às informações mais detalhadas sobre o quadro clínico e a terapêutica à beira do leito entre o enfermeiro que sai e o que entra. Para a troca de turno são reservados 30 minutos, podendo em alguns casos ser superior a este, condição que exige que o enfermeiro chegue pelo menos 30 minutos antes do horário do início do turno.

No **Hospital São João (HSJ)** a atividade se restringiu a visita nos vários setores de pediatria do referido hospital sem, entretanto visualizar a organização do trabalho da equipe de saúde. O HSJ é o maior hospital do norte e o segundo maior do país. É de caráter de direito público empresarial com vínculo com a Faculdade de

Medicina do Porto. É referência para a maior parte dos distritos do Porto, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas (PORTUGAL, 2008). O HSJ disponibiliza de 1.124 leitos dentre os quais 109 são destinados a pediatria e assim distribuídos: 17 leitos da neonatologia, 50 leitos da clínica médica (25 para as crianças na faixa etária de 0 – 2 anos e outros 25 para a de 2 – 15 anos), 06 leitos de neurologia, 04 de hamato-oncologia, 20 para clínica cirúrgica pediátrica, 05 leitos para a cardiologia e 07 de Cuidados Intensivos. O Serviço de Urgência do HSJ é diferenciado em Pediátrico e de Adultos e, em algumas especialidades os serviços são comuns como é o caso da estomatologia da oftalmologia e otorrinolaringologia. No Serviço de Urgência do hospital são 10 os leitos disponíveis para crianças e adolescentes na faixa etária de 0 -15 anos (PORTUGAL, 2008). Segundo informações da chefia de enfermagem são feitos 200 atendimentos pediátricos por dia na urgência do hospital.

A última visita aos serviços de saúde foi feita no dia 11.02.2008 no Serviço de Neonatologia da **Maternidade Julio Dinis**. A Maternidade juntamente com o Hospital Santo Antônio e o Hospital Maria Pia integra o Centro Hospitalar do Porto passando a partir de 01 de outubro de 2007 a denominar-se de CHP – Unidade Maternidade Julio Dinis regulamentado pelo Decreto-Lei n.º326/2007 de 28 de setembro que cria o Centro Hospitalar do Porto como parte da reestruturação e organização do Sistema de Saúde em Portugal. Inaugurada em 1939 e presta cuidados na área da saúde da mulher e da criança. O serviço de Neonatologia encontra-se localizado no térreo do edifício da Maternidade com 27 leitos dos quais nove (09) de Cuidados Intensivos e os demais de Cuidados Intermediários. A equipe de enfermagem é constituída 41 enfermeiras dentre as quais a Enfermeira Chefe e uma Enfermeira responsável pela formação dos profissionais enfermeiros. Desse total 13 enfermeiras são especialistas em pediatria. O processo de trabalho organiza-se em turnos de trabalhos de oito e 12 horas com cargas horárias diferenciadas que variam de 35, 40 e 42 horas. Existem no serviço enfermeiras que fazem parte do quadro funcional da Maternidade cujo ingresso se deu por concurso, no entanto, há um número relativamente grande de enfermeiras contratadas. O total de enfermeiras é distribuído em equipes em número de sete por turno, ficando uma relação de dois recém-nascidos por enfermeira. Vale ressaltar que a equipe é constituída exclusivamente por enfermeiros sendo estas responsáveis por todas as atividades de cuidado e de terapêutica incluindo fisioterapia respiratória, para o qual

as enfermeiras receberam treinamento. Existe na equipe a categoria de Auxiliar da Ação Médica cujas atribuições são aquelas que dizem respeito à provisão de materiais, roupas e o acompanhamento da mãe quando do deslocamento de um para outro setor.

Há um esforço dos enfermeiros no incentivo e no apoio ao aleitamento materno e para implantação do Método Canguru, no entanto, não receberam treinamentos específicos para estas atividades. O esforço em implantá-los dá-se pela leitura de publicações científicas em especial, as brasileiras.

O espaço físico da Unidade Neonatal da Maternidade Julio Dinis, apesar das reformas estruturais e adequações do espaço físico encontra-se ainda inadequado, o que pode ser percebido principalmente na Unidade de Cuidados Intensivos, onde não é obedecida a distância mínima entre as incubadoras, apresentando dificuldades para a equipe prestar os cuidados e para a mobilidade de profissionais e equipamentos. A estrutura física não favorece condições adequadas para a prática do canguru.

Os recém-nascidos, quando em condições de sugar, são alimentados em mamadeiras (biberões) e, em alguns casos utilizam o copinho. As enfermeiras do serviço esforçam-se no incentivo ao aleitamento materno disponibilizando o “Cantinho da Amamentação”, local onde as mães podem retirar o leite materno utilizando bombas. Na Maternidade não existe o serviço de Banco de Leite Humano.

A atenção ao recém-nascido é complementada com a casa de apoio às mães residentes a uma distância de 30 km ou mais do Porto e que não apresentam condições de ser abrigada por familiares durante a permanência do filho na UTI. A referida casa disponibiliza de cinco (05) camas e com toda a estrutura para abrigar confortavelmente essas mães, mantendo-as próximas do filho. As principais refeições são servidas na Maternidade, podendo as mães preparem lanches na casa, pois esta dispõe de refrigerador, fogão, microondas e máquina para café. Toda a roupa de cama é de responsabilidade da Maternidade e as mães são orientadas a providenciar roupas íntimas e de banho assim como os produtos para higiene pessoal. A casa localiza-se nas proximidades da Maternidade e o acesso se dá pelos fundos da mesma. A limpeza e manutenção da casa são realizadas por uma empresa privada contratada pela Maternidade com periodicidade de uma vez por semana.

### 3.5.2. Conhecendo o Processo de Bolonha

O Processo de Bolonha (PORTUGAL, 2007) iniciado informalmente em 25 de maio 1998, com a declaração de Sorbonne cuja ênfase dirigiu-se a discutir e propor o papel das universidades no desenvolvimento cultural da Europa, atribuindo importância à criação de uma área dedicada ao ensino superior como sendo o caminho para promover a circulação de cidadãos, as oportunidades de emprego e o desenvolvimento global do continente. Iniciado oficialmente com a Declaração de Bolonha em junho de 1999, define um conjunto de etapas e de passos a ser dado pelo Sistema de Ensino Superior Europeu no sentido de construir um Espaço Europeu de Ensino Superior globalmente harmonizado. O Processo de Bolonha apresenta como idéia central

a possibilidade a um estudante de qualquer estabelecimento de ensino superior, iniciar a sua formação acadêmica, continuar os seus estudos, concluir a sua formação superior e obter um diploma europeu reconhecido em qualquer universidade de qualquer Estado-membro (PORTUGAL, 2004).

Esta meta pressupõe que as Instituições de Ensino Superior sejam dotadas de uma “organização estrutural de base idêntica, oferecer cursos e especializações semelhantes e comparáveis em termos de conteúdos e de duração e conferir diplomas de valor reconhecidamente equivalente tanto acadêmica como profissionalmente” (PORTUGAL, 2004). Nesse sentido, o Processo de Bolonha estabelece harmonização das estruturas educativas que asseguram as formações superiores na Europa. Nesse enquadramento, os Sistemas de Ensino Superior deverão ser dotados de uma organização estrutural de base idêntica, oferecer cursos e especializações semelhantes e comparáveis em termos de conteúdos e de duração, e conferir diplomas de valor reconhecidamente equivalente tanto acadêmica como profissionalmente (PORTUGAL, 2004).

Os objetivos gerais da Declaração de Bolonha (PORTUGAL, 2007a) foram assim delimitados:

- Aumentar a competitividade do Sistema Europeu de Ensino Superior;
- Promover a mobilidade e empregabilidade dos diplomados do ensino superior no espaço europeu.

Foram definidos como objetivos específicos (PORTUGAL, 2007a):

- Adotar um sistema de graus acadêmicos facilmente legíveis e comparáveis, incluindo a implementação do Suplemento ao Diploma;
- Estabelecer um sistema de créditos acadêmicos (ECTS), não apenas transferíveis, mas também acumuláveis, independentemente da Instituição de Ensino freqüentada e do país de localização da mesma;
- Promover a mobilidade intra e extra comunitária de estudantes, de docentes e de investigadores. Aos estudantes, o acesso a oportunidades de estudo, de estágio e aos serviços relacionados; aos professores, investigadores e pessoal administrativo, o reconhecimento e valorização dos períodos despendidos em ações Europeias de investigação letivas e de formação, sem prejudicar os seus direitos estatutários;
- Promover as necessárias dimensões a nível Europeu no campo do ensino superior, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento curricular; cooperação inter-institucional, projetos de circulação de pessoas e programas integrados de estudo, de estágio e de investigação;
- Fomento da cooperação europeia em matéria de garantia de qualidade;

Especificamente, no que diz respeito à mobilidade de estudantes, docentes e investigadores, o Processo de Bolonha ressalta que “a mobilidade constitui, por si só, uma fonte de aprendizagem, pois o contato com regiões diversas e com as diferentes realidades lingüísticas, culturais, sociais e religiosas representa um contributo decisivo para a dimensão europeia, para a educação, para a cidadania e para o desenvolvimento”, (PORTUGAL, 2007b) condição também enfatizada pelas instituições de ensino, de pesquisa e de fomento brasileiras como a CAPES e o CNPq.

No seguimento do compromisso político assumido em Bolonha, os Ministros da Educação Europeus reunidos em Praga, em maio de 2001, reconheceram a importância e a necessidade de mais três linhas de ação para a evolução do processo:

- Promoção da aprendizagem ao longo da vida;
- Maior envolvimento dos estudantes na gestão das instituições de

Ensino Superior;

- Promoção da atratividade do Espaço Europeu do Ensino Superior.

Em setembro de 2003, os Ministros responsáveis pela Área do Ensino Superior de 33 Países Europeus, reunidos em Berlim, reafirmaram os objetivos definidos em Bolonha e em Praga, tendo adicionado:

- a necessidade de promover vínculos mais estreitos entre o Espaço Europeu do Ensino Superior e o Espaço Europeu de Investigação de modo a fortalecer a capacidade investigadora da Europa, de forma a melhorar a qualidade e a atratividade do ensino superior europeu;
- o alargamento do atual sistema de dois ciclos, incluindo um terceiro ciclo no Processo de Bolonha, constituído pelo doutoramento e aumentar a mobilidade quer ao nível do doutoramento como do pós-doutoramento. As instituições devem procurar aumentar a sua cooperação ao nível dos estudos de doutoramento e de formação de jovens investigadores.

No encontro realizado em maio de 2005 em Bergen, os Ministros dos 45 países europeus participantes do Processo de Bolonha, reafirmam a importância dos objetivos de Berlim referentes à promoção de vínculos mais estreitos entre o Espaço Europeu do Ensino Superior e o Espaço Europeu de Investigação e ao doutoramento.

Portanto, o Processo de Bolonha organiza o Ensino Superior baseado na transmissão de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e no sistema europeu de transferência e acumulação de créditos. Tais condições levaram o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a organizar o Ensino Superior a partir das premissas e objetivos do Processo de Bolonha como abaixo descrito.

### **3.5.3 Delineando considerações sobre o Ensino Superior de Enfermagem em Portugal**

Integram o Sistema de Ensino Superior em Portugal as instituições de ensino universitário, que compreendem as universidades, e as instituições de ensino politécnico. A Lei de Bases do Sistema Educativo (PORTUGAL, 2006, 2007c) segundo o que determina o Processo de Bolonha organiza o Ensino Superior em



três ciclos.

No Título II do Regime Jurídico (PORTUGAL, 2006, 2007c) que define os Graus Acadêmicos e Diplomas do Ensino Superior, no seu Capítulo I, Artigo 4.º, regulamenta que no Ensino Politécnico são conferidos os graus acadêmicos de licenciado e de mestre, e, no ensino universitário, os graus de licenciado, mestre e doutor. Adiante no Artigo 8.º estabelece que o ciclo de estudos relativos ao grau de licenciado no ensino politécnico é de 180 créditos com duração de seis semestres curriculares podendo estender-se até 240 créditos e duração de sete a oito semestres.

Para algumas profissões são exigidas formações mais longas de quatro a seis anos curriculares (240 a 300 créditos) como é o caso onde se incluem a medicina, a enfermagem, medicina veterinária, medicina dentária, farmácia e arquitetura (PORTUGAL, 2007c).

Determina ainda o Art. 8.º (PORTUGAL, 2006, 2007c) que no Ensino Politécnico o ciclo de estudos grau licenciado deve valorizar especialmente a formação que visa o exercício de uma atividade de caráter profissional. No Artigo 9.º o ciclo de estudos relativos ao grau licenciado universitário é de 180 a 240 créditos e uma duração entre seis e oito semestres curriculares. (Idem).

Atendendo às exigências do Processo de Bolonha, as instituições de ensino superior devem emitir a todos os estudantes graduados, o Suplemento de Diploma, em português e em inglês, correspondendo ao formato europeu. (PORTUGAL, 2008). Este Suplemento é obrigatório a partir da adequação do curso ao Processo de Bolonha.

O ciclo de estudos relativos ao grau de mestre é definido no Art. 18.º com 90 a 120 créditos e uma duração normal compreendida entre três a quatro semestres curriculares. No Ensino Universitário, o ciclo de estudos relativo ao Grau de Mestre, deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais. Enquanto que no Ensino Politécnico, o ciclo de estudos deve assegurar, predominantemente, a aquisição de uma especialização de natureza profissional (PORTUGAL, 2006, 2007c). A estrutura do ciclo de estudos relativos ao grau de mestre é definido no Art. 20.º e integra um curso de especialização que corresponde um mínimo de 50% do total dos créditos do ciclo de estudos e uma dissertação de natureza científica ou um estágio de natureza

profissional objeto de relatório final e que corresponde a no mínimo 35% do total de créditos do ciclo de estudos. O grau de mestre pode ser conferido no ensino superior universitário após um ciclo de estudos integrado de 300 a 360 créditos e duração compreendida entre 10 e 12 semestres curriculares conforme regulamentado no o Art. 19.º No ciclo de estudos integrados o estudante ao totalizar 180 créditos, correspondente aos primeiros seis semestres curriculares, recebe o grau de licenciado.

Ao grau acadêmico de mestre é atribuída uma classificação final expressa no intervalo de 10 a 20 conforme estabelecido no Art. 24.º do Regime Jurídico do Ensino Superior.

Estabelece no Art. 31.º (PORTUGAL, 2007c) o Ciclo de estudos relativos ao grau de doutor que inclui a elaboração de uma tese e de unidades curriculares dirigidas à formação para investigação cujo conjunto se denomina Curso de Doutoramento. O Júri do Doutoramento, conforme especificado no Art. 34.º é constituído pelo Reitor que preside ou por quem dele receba delegação para este fim, três vogais ou mais doutores, pelo orientador ou orientadores. Deste total dois ou três membros são de outras instituições de ensino que não aquela a que pertence o candidato.

Para a Área Européia do Ensino Superior – EHEA – (PORTUGAL, 2007d) o Sistema de ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) é um instrumento que favorece a transferência, fomenta as relações entre instituições e aumenta as opções dos estudantes. O sistema facilita os centros de reconhecimento dos estudos realizados mediante a utilização de um sistema de avaliação facilmente compreensível, para além de servir para interpretar os sistemas nacionais das instituições de ensino superior.

Os ECTS exprimem a quantidade de trabalho que cada módulo exige relativamente ao volume global de trabalho necessário para concluir com êxito um ano de estudos, ou seja: aulas teóricas, trabalhos práticos, seminários, estágios, investigações, trabalho pessoal (na biblioteca ou em casa), bem como exames ou outras formas de avaliação. (PORTUGAL, 2007d). Assim o ECTS baseia-se no volume global de trabalho do estudante e não se limita apenas às horas de aulas, isto é, contato direto professor/aluno.

Em Portugal a formalização do ensino de enfermagem data de 1881 – 1886 períodos que se caracterizaram por uma fase intermediária em que a enfermagem

passava de ofício a profissão. (ABRUNHOSA et. al., 2005). As autoras referem que o primeiro curso de enfermagem teve início nos hospitais da Universidade de Coimbra em outubro de 1881 e, no Porto, em 1896 com a criação do curso de Enfermeiros no Hospital Geral de Santo Antônio.

No ano de 2004 existiam em Portugal 49 estabelecimentos de ensino onde era ministrado o curso de Enfermagem, sendo que desse total 28 eram escolas públicas e 21 privadas. A partir do pressuposto de que a associação dos recursos humanos e materiais das Escolas “permitiria criar as condições para um ensino de melhor qualidade a um maior número de alunos e contribuiria para a racionalização da rede de ensino” (PORTUGAL, 2007a), nasce a proposta da reforma do ensino superior em Portugal com a indicação de fusão de algumas escolas. Assim, a reforma do ensino superior em Portugal responde a um objetivo estratégico do governo inserindo-se também no movimento europeu de modernização do ensino, tendo em vista as linhas orientadoras do processo de Bolonha que será adiante apresentado neste Relatório.

Em 23 de dezembro de 1988 o Ensino de Enfermagem é integrado ao Sistema Educativo no nível de Ensino Superior Politécnico e as escolas de Enfermagem passam a Escolas Superiores de Enfermagem.

Dessa feita, o Decreto-Lei n.º 175/2004 de 21 de julho (PORTUGAL, 2004) procede a reorganização da rede de ensino superior com a fusão das Escolas Superior de Enfermagem das cidades de Coimbra, Lisboa e Porto. As escolas, após o processo de fusão, poderiam ou não seguir um processo de integração a um estabelecimento de ensino superior, daí existirem escolas integradas e as não integradas.

No Capítulo II no Artigo 4.º do Decreto-Lei 175/2004 (PORTUGAL, 2004), que trata da Criação de Estabelecimentos de Ensino por fusão são criadas a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de Lisboa e do Porto. Esta última resulta da fusão da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto e da Escola Superior de Enfermagem de São João.

A **Escola de Enfermagem Ana Guedes** possuía até então uma trajetória histórica centenária que data de 15 de Junho de 1896. Nessa data surge o Curso de Enfermeiros para o pessoal de Enfermagem do Hospital Geral de Santo Antônio e/ou a outros interessados (NOGUEIRA, 1990). Foi denominado de Curso Profissional cuja duração era de um ano seguido de um Curso Administrativo com a mesma

duração. O referido curso era de responsabilidade da Direção Administrativa do Hospital e a abertura do mesmo ocorreu em 1897 mantendo o seu funcionamento de modo regular sem interrupção. Em 1918 a duração do curso foi alterada para dois anos consecutivos após aprovação do regulamento. Em 20 de novembro de 1935 é aprovado o novo regulamento que estabelece a duração de três anos ao curso e à categoria de Escola de Enfermeiros. Em 1948 com um novo regulamento é criada a Escola de Enfermagem do Hospital de Santo Antônio em substituição ao Curso de Enfermeiros iniciado em 1896. A Escola passa a ter o nome de Escola de Enfermagem de D. Ana José Guedes da Costa em 1953 e abreviado para Escola de Enfermagem de D. Ana Guedes em 1970. No ano de 1989 a Escola passa a denominar-se Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes passando a integrar o Sistema Nacional de Ensino Superior Politécnico pela Portaria n.º 821 de 15 de setembro de 1989.

O ensino da Escola Ana Guedes dirigiu-se a formação de enfermeiros bacharéis e especialistas nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Saúde Mental e Psiquiátrica.

A **Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto** criada em 1983 com a denominação de Escola de Enfermagem Pós-Básica do Porto iniciando suas atividades com cursos de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Mental e Psiquiátrica e Saúde Pública. (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO, 2003).

Disponibilizou ainda em 1988 os cursos de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem e de Administração de Serviços de Enfermagem destinados a Enfermeiros especialistas com o objetivo de prepará-los para ascensão na carreira, especialmente, para a categoria de enfermeiro professor e enfermeiro supervisor. Era a única escola do norte do país que oferecia formação especializada em enfermagem.

Em 1989 a Escola integra-se a rede de Escolas Superiores de Enfermagem com a denominação de Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Em 1995 dá início à formação inicial de enfermeiros (Grau Licenciado) aliado aos Cursos Superiores Especializados em Enfermagem conferindo, portanto, a partir desta data habilitação profissional de enfermeiros especialistas e grau acadêmico de licenciado.

A **Escola Superior de Enfermagem de São João** foi a primeira Escola

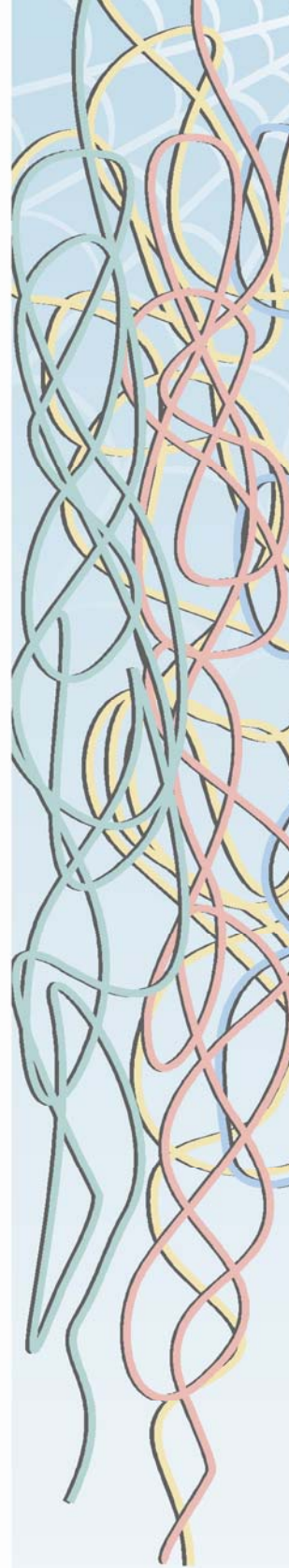
Oficial do Porto, criada em 23 de janeiro de 1954 com o nome de Escola de Enfermagem Doutor Assis Vaz. (ABRUNHOSA et al., 2005). Em 3 de setembro de 1955 passou a ser designada Escola de Enfermagem do Hospital de São João dirigida pela Comissão Instaladora Administrativa do Hospital Escolar de São João, mas somente em 3 de janeiro de 1958 recebe os primeiros alunos exclusivamente do sexo feminino e em regime de internato/residência, modalidade esta suspensa em 1985 por questões financeiras. Os estudantes do sexo masculino ingressam na escola no ano letivo de 1972.

Em abril de 1990 recebe a denominação de Escola Superior de Enfermagem de São João, passando nesta data a oferecer o curso de bacharelado em Enfermagem, pois até então, centrava-se nos cursos de Enfermagem Geral, curso para Auxiliares de Enfermagem, Especialização Obstétrica para Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem e a Promoção de Auxiliares de Enfermagem a Enfermeiros.

O primeiro curso de especialização na área da criança foi oferecido pela Escola Superior de Enfermagem de São João no ano de 1995 sob a denominação de Curso de Estudos Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foram acrescentados a este as Especializações nas áreas Materna e Obstétrica, de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Enfermagem na Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Vale ressaltar que a formação do enfermeiro em Portugal organiza-se em um Sistema Binário, que segundo explicitado no Artigo 3.º do II Título do Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior, compreende o ensino universitário e o ensino politécnico. O Sistema Universitário orienta-se na oferta de “formações científicas sólidas juntando esforços e competências de unidades de ensino e investigação” (PORTUGAL, 2004, p. 6359), enquanto o Sistema Politécnico “concentra-se especialmente em formações vocacionais e técnicas avançadas, orientadas profissionalmente”. (Idem, p. 6359).

*Capítulo 4*  
*Fecendo a Teia da*  
*Integralidade do Cuidado*  
*à Criança*



*Um tempo para descobrir*  
*As nuances típicas do desejo*  
*Empurraram-me à procura*  
*Daquilo que viria do outro*  
*E buscando,*  
*Espalharam-se as palavras*  
*E o som suave de uma melodia*  
*Que só se fez música pelas letras*  
*Que só se fez som pela união das notas*  
*Que só se fez ouvir*  
*Pelo tato viril e sensível do desejo*  
*De um desejo*  
*De quem estava em busca de novas notas*  
*De novos shares*  
*De novos sons*  
*Que aos meus ouvidos*  
*Regozijavam-me de alegrias e prazer...*  
*Pela possibilidade do inusitado*  
*Pelo casual... Pelos significados*  
*Pelas experiências, Pelo vivido... Pelo encontro*  
*Que se fez espremer-se*  
*Diante do homem de ação*  
*Do homem sonhador e do homem sábio*  
*Que sem pressa*  
*Transporta e eleva o espírito para o homem humano*  
*Que se aproximando envolveu-me*  
*Atravessou a espessa e concreta*  
*Rigidez da racionalidade*  
*Para encontrar um eco na subjetividade:*  
*Dê-me conta de que me pus a "descobrir..."*

(Francisca Georgina, Nov/2007)

## 4 TECENDO A TEIA: APRESENTANDO OS RESULTADOS

### 4.1 DESCREVENDO CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

A compreensão dos significados de integralidade do cuidado à criança na ABS construídos a partir das experiências vivenciadas pelos profissionais, gestores e mães foi expressa por conceitos organizados em categorias e subcategorias dinamicamente interligadas.

Para isto, foi necessário ir além das evidências e apreender significados pelas incertezas, pela recursividade, pela complementaridade, pelas divergências e convergências de frases, códigos e conceitos.

Pela via do pensamento complexo, deixamos de fixar a atenção para os fatores deterministas e condicionantes do fenômeno e, nos permitiu olhar, por vários ângulos, as relações entre os conceitos/categorias elaboradas, em um movimento dinâmico que acompanharam a construção, a desconstrução e a reconstrução de significados e de conceitos.

No processo de análise fomos percebendo que os dados empíricos apresentavam uma dimensão que se organizava sob três faces: mudanças, expectativas e desejos e, que existiam entre as categorias, linhas tênues que as aproximavam ou as distanciavam uma das outras.

Assim, as experiências, os modos de pensar e de problematizar dos participantes da investigação, em um espaço-tempo determinado (município de São Luís, ano 2006-2007), no tocante à integralidade do cuidado à criança, descortinaram múltiplos sentidos que serão apresentados pela descrição de seis categorias e respectivas subcategorias. As categorias serão apresentadas em **negrito** e as subcategorias identificadas pelo sublinhado.

As categorias e subcategorias serão apresentadas a seguir:



**Quadro 10: Categorias e Subcategorias**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrando Integralidade do Cuidado no Trabalho em Equipe</li> <li>• Enxergando o Sentido Interdisciplinar para o Cuidado</li> <li>• Exercitando Práticas Intersetoriais</li> <li>• Valorizando a Aproximação com a Família</li> <li>• Defendendo o Preparo do Profissional para Atuar na ABS</li> </ul>
<b>Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidando com a Dimensão Subjetiva</li> <li>• Valorizando a Escuta e o Diálogo</li> <li>• Construindo Laços de Confiança</li> <li>• Estabelecendo Vínculo com a Família e a Criança</li> <li>• Responsabilizando-se pelo Outro</li> <li>• Exercendo Alteridade</li> <li>• Utilizando a Criatividade no Cuidado</li> </ul>
<b>Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na ABS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentando a Gestão do Cuidado à Criança na ABS</li> <li>• Trabalhando as Linhas de Cuidado na Atenção à Criança</li> <li>• Reproduzindo o Modelo Médico-Centrado</li> <li>• Apontando Mecanismos Reguladores do Trabalho</li> <li>• Estabelecendo Prioridades</li> <li>• Fazendo Juízo Profissional</li> <li>• Divergindo quanto as Finalidades do Cuidado</li> <li>• Aceitando Rotinizar o Trabalho</li> </ul>
<b>Qualificando o cuidado à criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vendo o Cuidado Diferente</li> <li>• Falando do Cuidado Desigual</li> <li>• Comentando sobre o Cuidado “Invisível”</li> <li>• Caracterizando o Cuidado Integral</li> <li>• Atribuindo Valores ao Cuidado</li> </ul>
<b>Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando Conflitos</li> <li>• Divergindo quanto a Visita Domiciliar</li> <li>• Delineando o Trabalho na Ausência do Encontro</li> <li>• Sentindo Insegurança</li> <li>• Lidando com a Falta de Estrutura das Unidades de Saúde</li> <li>• Falando da Ineficácia do Sistema de Referência e Contra-Referência</li> </ul>
<b>Possibilitando a Emergência do Novo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudando de Dentro para Fora</li> <li>• Ampliando Saberes e Práticas no Cotidiano</li> <li>• Indicando o Cuidado Desejante</li> <li>• Construindo modos diferentes de cuidado</li> </ul>

#### **4.1.1 Categoria 1: Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS**

**Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS** caracteriza-se nesta investigação por uma dimensão da integralidade do cuidado que visa produzir falas e escutas, no modo de encontro e no preparo dos profissionais em uma aproximação com a família por meio do trabalho em equipe e de práticas

intersetoriais. É nessa dimensão que se buscou desvelar a produção do cuidado como objeto do trabalho em saúde caracterizado pelas seguintes subcategorias:

ENCONTRANDO INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO TRABALHO EM EQUIPE

ENXERGANDO O SENTIDO INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO

EXERCITANDO PRÁTICAS INTERSETORIAIS

VALORIZANDO A APROXIMAÇÃO COM A FAMÍLIA

DEFENDENDO O PREPARO DO PROFISSIONAL PARA ATUAR NA ABS

**Modelando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS** à criança faz pensar a integralidade do cuidado como instrumento que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações profissionais para a finalidade maior do cuidado que é atender a criança na sua multidimensionalidade e não somente a doença.

Cuidar na saúde e/ou na doença leva cada vez mais a problemas transversais que não podem ser tratados separadamente por uma disciplina, por uma categoria profissional, por um único serviço. Conduz ao trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial. Dessa forma Encontrando Integralidade do cuidado no trabalho em equipe exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.

Encontrando Integralidade do cuidado no trabalho em equipe requer a complementaridade pela articulação das ações e de conhecimentos por parte de cada agente assim como um dado conhecimento acerca do trabalho do outro como verbalizado pelos participantes da investigação:

*Aqui não existe o médico, a enfermeira, o auxiliar e o agente de saúde, o que existe é a equipe (Darci)*

*Compreendo que no trabalho em equipe um profissional não tem um saber maior do que o outro. Existe um compartilhar desses saberes num nível horizontal e não na verticalização de saberes. Hoje eu vejo assim: não há uma hierarquia, deve haver um compartilhar de saberes e o reconhecimento de que todos os profissionais são importantes. Então pra mim, é a soma dos saberes, produto do diálogo de iguais, não sou maior, não sou mais importante. (Adriana)*

*Acho que no cuidado a criança existe um olhar de cada profissional que deve ser valorizado. Na equipe cada um tem a*

*sua formação profissional, mas é na soma de tudo isso, que vai realmente dá sentido a integralidade do cuidado a criança. [...] essa articulação entre profissionais e serviços precisa ser feita para que a criança tenha um seguimento desse cuidado na sua casa, na sua escola, na sua comunidade. (Amália)*

De modo geral, os profissionais expressaram que no seu trabalho buscam os demais membros da equipe e de outras equipes para trocar informações, visando, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas e maior resolutividade dos problemas apresentados pela criança e/ou identificados pelo profissional. Nesse sentido, a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva da atenção integral, requerem uma modalidade de trabalho em equipe que traduza formas de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais em um coletivo de agentes presentes para atender as demandas em saúde (SCHRAIBER et al .,1999) como demonstrado nas falas:

*[...] a criança é atendida pelo enfermeiro e pelo médico. Às vezes pelos dois no mesmo atendimento. Caso exista algum problema com a criança que estou atendendo chamo o médico ele vem até minha sala, discutimos a melhor forma de intervenção, o médico sempre vem, me ajuda, tira dúvidas ou então vou até a sala dele, levo a criança e a mãe comigo. Tem situações que eu não tenho como resolver... o que exige a presença do médico. Essa possibilidade de poder fazer intercâmbio de conhecimento com outro profissional de outra categoria facilita na resolução dos problemas. Isso de ter o médico perto facilita ainda mais, o trabalho fica mais fortalecido e eu Enfermeira fico mais tranquila, mais segura. (Célia)*

*Procuramos discutir as coisas em reuniões com a equipe e tomar algumas decisões. Procuramos de alguma forma essa articulação na nossa equipe e com as outras equipes. Nós temos mais 2 pediatras que são das outras equipes e um colega que é cirurgião e que às vezes me pede para atender alguma criança da área dele. Como eu já te disse, pelo fato de ser pediatra, a relação fica mais fácil com os colegas da equipe, com os das outras equipes, com as famílias. Aqui cada um de nós tem um jeito de olhar, as vezes o olhar de um é capaz de perceber coisas que passaram despercebidas e já antecipa uma intervenção ou então eu tenho mais habilidade em determinada ação, então eu sou chamada a intervir porque naquele momento talvez eu esteja mais preparada. (Diana)*

Os relatos apontam para a compreensão de que estas trocas se dão, na

maioria das vezes, durante o próprio atendimento à criança numa articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais da mesma equipe e entre equipes.

Peduzzi (2001), discutindo a questão do trabalho em equipe apresenta duas conformações: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as “situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”. (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Destacando que estão presentes

a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e à superação do isolamento dos saberes. [...] a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Ou seja, a interação dos agentes permite a construção de um “projeto comum” (SCHRAIBER, et al., 1999) de cuidado pela comunicação e pela cooperação. Queremos dizer com isso que projeto comum diz respeito às ações e atividades planejadas na equipe por onde caminharão os profissionais para alcançar as necessidades de saúde da criança e da sua família de forma compartilhada e negociada. Espera-se, aqui, um duplo movimento por parte da equipe de saúde, o da autonomia e o da articulação, pois tanto a autonomia técnica dos profissionais quanto a articulação das ações, são necessárias para a eficiência e eficácia dos cuidados à criança.

Temos nas falas dos participantes os dois tipos de trabalho em equipe (agrupamento e interação) respectivamente:

*Existem aqui alguns profissionais, o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, a auxiliar, é pra ter dentista, mas não tem. Mas trabalho integrado que é a lógica do trabalho em equipe não existe. Eu faço, a enfermeira faz, quando ela tem uma dúvida vem aqui, quando eu tenho vou lá, e pronto. (Diogo)*

*Aqui nós somos duas equipes de PSF, mas estamos tão entrosados que não parece que são duas equipes. e a gente acaba às vezes sem saber quem é quem. A gente trabalha junto. Por exemplo, V é Pediatra já o R é reumatologista. A gente sabe que o médico do PSF deve ser clínico geral, mas não podemos*

*esquecer as especialidades deles. Então como fazemos: aqueles problemas das crianças que o R não pode resolver a V atende e assim estamos evitando que as nossas crianças sejam encaminhadas para o Materno ou para o Hospital da Criança evitando toda essa viagem da família até lá. Então temos além do clínico, duas especialidades o que é facilitado pela forma como interagimos na equipe, apesar de equipes diferentes. São duas equipes, mas trabalhamos como se fosse uma só. (Carmen)*

Trabalhando em equipe estaria relacionado com os saberes profissionais que objetivam um trabalho coletivo, buscando desafios nos modos de cuidar, de organizar e operacionalizar a gestão Enxergando o sentido interdisciplinar para o cuidado.

Também é verdade que o cuidado pode ser realizado às vezes, por apenas uma pessoa, mas enquanto sistema é dependente do trabalho e das ações de um grupo, “é produto do coletivo”. (ERDMANN, 1996, p. 127). O cuidado é produto e produtor de um trabalho articulado entre profissionais e destes com a família e a comunidade. É interdisciplinar enquanto prática dinâmica e processual. No entanto, nem todos os momentos vividos na unidade de saúde são interdisciplinares, não somos sempre interdisciplinares da mesma forma como não somos sempre interdisciplinar com todos os membros da equipe. (SAUPE et al., 2005). No trabalho com o outro há espaço para o trabalho disciplinar, considerando que o “trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão”. (CAMPOS, 2005a, p. 17). Destaca-se como estratégico no trabalho em equipe a “capacidade de reconhecer situações interdisciplinares”. (SAUPE et al., 2005, p. 531). As autoras complementam o raciocínio afirmando que não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar e que é no cotidiano, nas experiências vividas, nos acertos e nas dificuldades que se constrói o trabalho em equipe e interdisciplinar.

Enxergando o sentido interdisciplinar para o cuidado a criança faz parte das reflexões dos profissionais participantes da investigação quando falam que:

*Uma coisa que sempre questiono é se o profissional, se ele sozinho consegue dá conta da integralidade ou se isso vai exigir um trabalho mais articulado, mais interdisciplinar. É exatamente esse o ponto de partida. A equipe desenvolve as ações específicas do cuidado à criança, mas de forma integrada, porque não há integralidade do cuidado sem um trabalho interdisciplinar, sem essa interface, sem haver essa integração*

*de um saber profissional com o saber de um outro. Isso é ponto essencial, é primordial. Trabalhar com saúde, com doença, com criança é complicado. Porque tudo tem relação com tudo. E, para gerar esse cuidado integrado, articulado não podemos perceber o cuidado de um só profissional, porque tem o enfermeiro, o médico, o ACS, tem a família, o pai, a mãe, os avós, os outros irmãos, tem tudo isso. Então a integralidade nesse sentido, tem o sentido da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, de uma ação completa e que complementa a outra (Camila).*

Encontrando integralidade do cuidado no trabalho em equipe e Enxergando o sentido interdisciplinar para o cuidado são caracterizados nas falas dos profissionais por expressões como parceria, interação, ajuda, cooperação, comunicação, reconhecimento de saberes e de capacidades do outro, negociação e relações que podem ser resumidas na fala a seguir:

*Cuidar da criança é pensar nessa rede de relações, que transcende o profissional de saúde e alcança a família, a comunidade e outros profissionais, uma rede mesmo, no sentido de relações, de entrelaçamento de objetivos, de metas, de competências, de saberes onde é importante assumir diálogo e negociação. (Amália)*

Nesse sentido, a integralidade do cuidado se concretiza pelas relações e interações de vários profissionais e serviços que traz a idéia de rede traduzida como práticas interdisciplinares e intersetoriais. Estas se apresentam nas atuais políticas de saúde, como um dos eixos estruturantes do cuidado, além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto da saúde e com a integralidade do cuidado.

Exercitando Práticas Intersetoriais compreende o cuidado como projeto que demanda a participação cooperativa de membros da equipe e a articulação entre profissionais de áreas diferentes e de diferentes instituições. Enquanto prática caracteriza-se pela cooperação e articulação de profissionais e instituições assim como de saberes e fazeres. Os profissionais reconhecem a importância do agir intersetorial, procurando envolver vários organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas da criança:

*Há a necessidade dessa rede articulada que responda as necessidades da população infantil e de suas famílias, numa integração das ações e das instituições. A saúde não existe por si só. Não são as unidades de saúde e os profissionais que garantem ou promovem a saúde, mas toda uma rede articulada*

*de instituições e atores. Quando se fala da criança deve-se lembrar que ela vai precisar de uma creche, de uma pré-escola, de uma educação infantil. Fora a saúde, a questão do ambiente saudável, da moradia, de saneamento e são coisas que estão além da saúde, vão muito além. (Amália)*

*[...] não vou conseguir, como no exemplo da verminose, resolver todos os problemas somente com orientação profissional e com medicamentos. A integralidade, nesse sentido, compreende atender a criança vinculada ao contexto social, cultural, familiar, mas, enxergando o sistema, a necessidade de se trabalhar a intersetorialidade para assim alcançar a integralidade. (Beatriz)*

*Às vezes as mães chegam com problemas sociais e que não podemos resolver aqui na Unidade, ou que não podemos resolver enquanto enfermeiras.[...] Há a preocupação de responder, de procurar respostas para aquele problema. Vamos procurar quem pode ajudar e como pode ajudar, ligamos para as pessoas, para Secretaria, para a Coordenadora. E sempre conseguimos resolver, não que seja fácil... (Cecília)*

*[...] Juma das coisas importantes para a integralidade são as parcerias com a equipe, com os agentes, com as famílias, com a escola e com a rede. As experiências que já vivenciamos com as Associações de Moradores e com o Conselho Municipal de Saúde apresentou resultado muito positivo. Houve doação de filtros, asfaltamento de ruas, esgoto. Então a parceria mais próxima além da família é com a Associação de Moradores porque eles agilizam as coisas. (Carla)*

*[...] eu tenho discutido com os alunos que não é possível pensar em integralidade sem pensar primeiro na questão da intersetorialidade. Como é que o profissional pode sendo só – entre aspas – enfermeiro, médico do Saúde da Família pode trabalhar na perspectiva da integralidade? Acho que buscando a intersetorialidade. O profissional não pode esquecer que ele não vai conseguir reduzir mortalidade infantil por doenças veiculadas pela água se não houver saneamento básico, água encanada, mas isso não é do setor saúde. Não é ele profissional de saúde apenas, lá na ponta, que vai resolver o problema da verminose, mas ele tem que fazer a parte dele. Então, onde que fica o limite entre o que é o papel do profissional, qual a função dele e o que é para além dele? Eu acho que a função do profissional, a nossa, é a de exercitar trabalhar com o outro, de expandir as ações de saúde para além do campo biológico, é buscar resolver os problemas fora da saúde, mas incluindo a saúde, com outras instituições, com associações, com representação comunitária, com mobilização social. (Beatriz)*

A importância de uma ação intersetorial, como revelado nas falas, é a de proporcionar e efetuar uma ação mais abrangente pela participação de setores e

instituições que se complementam para o alcance de resultados (SOUSA, TERRA, ERDMANN, 2005), tornando a ação do cuidar e do cuidado mais dinâmica e produtiva. A intersectorialidade consiste em identificar necessidades, traçar objetivos comuns e perseguí-los (NOBRE, 2003) mediante planejamento e definição de prioridades.

Assim, a integralidade do cuidado se constrói em oportunidades para combinar, trocar e articular conhecimentos e possibilidades para introdução de novas idéias e práticas no cuidado à criança. São oportunidades que surgem diante do encontro de profissionais, serviços, crianças, mães, família e comunidade.

Cuidar da criança é marcar encontro com a família. É a família quem desempenha papel importante na provisão de cuidado informal dos seus membros e onde devem ser atendidas as necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros. (ELSEN, 1994). É no seu contexto social que se salvaguarda a saúde e se lida com a doença. A família representa uma unidade básica de saúde considerada o primeiro nível de atenção. Por essas premissas uma das demandas do PSF é o retorno da inclusão da família no processo saúde-doença, e, de forma muito especial no cuidado à criança.

Promover a saúde da criança implica agir/intervir no contexto da família. Assim, Valorizando a aproximação com a família, é reconhecida pelos participantes investigados como experiência positiva e diferenciada no cuidado à criança. De um modo geral os participantes reconhecem os benefícios de estar próximo das famílias e da comunidade. Valorizando a aproximação com a família permite ao profissional se deslocar para o cotidiano da comunidade e assim optar por estratégias compatíveis com a realidade das famílias sob seus cuidados. Valorizando a aproximação com a família parece ampliar o papel do profissional na saúde da criança por oportunizar um espaço de diálogo entre a família e o profissional favorecendo o relato de problemas, dificuldades e limitações no e para o cuidado. Permite ampliar o conhecimento sobre as condições de vida e sobre os comportamentos que potencializam a relação profissional/família e o cuidado à criança. Deram suporte a esta subcategoria as seguintes falas:

*Considero que estar junto das famílias é uma ação básica revolucionária para a saúde infantil e que hoje temos consciência que é essencial e fundamental para a saúde criança. Então na medida em que trabalhamos com as mães das crianças e com a família estamos fortalecendo, sedimentando uma prática que é fundamental para a promoção da saúde da criança. [...]*



*compreender a família como unidade de cuidado pela razão de que a família precisa ser orientada para o autocuidado e para serem autônomas nesse cuidado e não fique na dependência do médico, da enfermeira e de outros profissionais da equipe. A família é responsável pelo cuidado, pelo autocuidado e pela promoção à saúde. (Aparecida)*

*[...] a melhor estratégia para cuidar da criança é conhecer de que realidade estou falando. Não concordo em colocar todas as famílias em um único contexto social no sentido de igualar as pessoas. Mesmo dentro de um mesmo contexto social, econômico, existem as diferenças que nem sempre quando faço um levantamento epidemiológico da minha área e o perfil social essas diferenças aparecem. Mas elas existem e são evidentes, quando eu me aproximo dessas famílias. Embora de níveis semelhantes os comportamentos são diferentes, as diferenças aparecem. Existem as diferenças, as histórias de vida, as experiências, as oportunidades vividas e a forma de resolver os problemas que são de cada um. Tudo isso vai influenciar a forma de resolver os problemas de saúde e de adoecimento, o que exige que a abordagem do profissional seja construída na relação entre profissional e a família. Estar perto das famílias é muito importante. Eu não consigo pensar na saúde da criança sem envolver e me envolver com a família. (Cléa)*

*Acho que tem sido esse o nosso caminho: abrir cada vez mais espaço para a família, para o contexto da família entendendo que o bebê não é do hospital, não é da unidade. Ele vai para casa e é nessa casa, nessa família que ele será cuidado. Por tudo isso a necessidade de envolver as pessoas da casa no cuidado. Tem um outro objetivo que é de conhecer as condições da casa, o que existe, qual suporte tem essa família para que a orientação da equipe de saúde não seja esquizofrênica do tipo: “o bebê tem que dormir em um bercinho com a cabeceira elevada”, e quando chego na casa a única coisa que ele tem é uma rede, muitas vezes pendurada porque a casa fica em uma área alagada. O que orientar? Aquilo que esteja dentro das possibilidades da família. Eu só serei capaz, conhecendo a família, estando do lado da família. (Betânia)*

São declarações que permitem compreender que o cuidado à criança deve ser centrado na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico, social e cultural o que vem permitindo às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 1998b).

Por outro lado, a aproximação com a família gera nos profissionais diferentes sentimentos que vão do estímulo e motivação para um trabalho inovador ao sofrimento e apatia. Campos (2008, p. 686) descreve como “quietude dos

cemitérios” a reação de inércia resultante do desgaste do trabalhador de saúde por esse contato permanente com a dor, com o risco e o sofrimento em que vivem muitas das famílias brasileiras. As falas e os significados construídos denunciam estas assimetrias de sentimentos dos profissionais investigados:

*Entrar na casa dessas famílias é às vezes constrangedor. É tanta pobreza que eu não me sinto bem em entrar na casa. Eu fico meio assim pela porta, na frente da casa. É uma situação que me incomoda, me deixa desolada, triste. Eu volto pra a unidade com a certeza de que precisamos fazer muito. Me sinto estimulada a fazer, entende? Não sei bem como, mas ando tentando. É preciso que a gente ensine essas famílias se indignarem com essas condições em que elas moram, que elas vivem. (Cecília)*

*Vivemos num estado com inúmeras desigualdades sociais, onde o problema da criança é a doença e o da família é a completa falta de condições pra resolver isso. Falta o dinheiro da comida, falta pro remédio, falta pra fazer um chá. É verdade... às vezes parece fácil mandar uma mãe fazer um chá, mas nem sempre é. E o que fazer? Como fazer? Me sinto de pés e mãos atadas. Vivo lidando sempre com os mesmos problemas. Andar por aqui, por esse bairro, olha é difícil. Aqui falta tudo até dignidade. E pra isso faço quase nada. (Daniel)*

*Há dias que eu penso que não sou capaz de fazer nada ou quase nada por essas famílias, por essas crianças. Quando o problema é uma bronquite, é uma amigdalite, uma pneumonia, uma reação alérgica, ou até mesmo uma doença grave é mais fácil. Prescreve-se o tratamento, indica-se internação, encaminha. Mas há tantas outras coisas que remédio não vai resolver, o meu conhecimento médico fica pequeno demais. (Denise)*

A formação dos profissionais de saúde e, em especial, de enfermeiros e médicos, apesar das propostas inovadoras nos currículos, a ênfase ainda se dá no espaço hospitalar, na doença e na cura, afastado muitas vezes do conhecimento operante. Por outro lado, a ABS espera receber um profissional capaz de dominar processos lógicos de construção dos saberes e práticas de modo coerente com os aspectos sociais, epidemiológicos, econômicos e culturais em saúde.

Para cuidar, em que pese a importância das demandas referidas anteriormente, exige um saber e um fazer capaz de mobilizar conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política emancipadora e libertadora. É nesse contexto que Defendendo o preparo do profissional para atuar na ABS a integralidade do cuidado surge como possibilidade de usar conteúdos e

cenários de aprendizagem que dêem uma visão integral da relação profissional/usuário, profissional/gestão, profissional/política/sociedade. Por esse olhar a integralidade manifesta-se como meio e como fim para as mudanças na formação dos profissionais utilizando-se do fazer por um olhar diferente, mais ampliado, com uma capacidade de incluir seres humanos, de criar diálogo, de trabalhar com o outro e de produzir sujeitos. (FRANCO, MERHY, 2003). Para os autores, a graduação no Brasil, segue ainda um modelo tradicional de formação - biomédico - que valoriza os aspectos biológicos, isola os indivíduos e abusa de tecnologias. Esse modelo foca a visão nas idéias de doença, órgão e tecnologia para explorar a lesão diminuindo o foco na pessoa, na sociedade, ou em outro fator que não o biológico.

Tendo presentes estas constatações, e reconhecendo o cuidado como produto de um coletivo e dirigido à condição humana a formação em saúde precisa ser “compreendida a partir da incorporação de ferramentas de diferentes áreas do conhecimento. [...] precisa ser experimentado ao longo da formação, como espaço de integração de saberes”. (HENRIQUES, ACIOLI, 2004, p. 297). Há que se pensar uma educação que reconheça o homem como um ser constituído socialmente, que tem um projeto e que é capaz de atuar para ser não apenas reproduzidor das práticas de saúde, mas o produtor de novas práticas. (L'ABBATE, 1995).

São algumas das considerações presentes nas falas dos participantes aqui recortadas nas dimensões da prática, do ensino e das perspectivas de mudanças decorrentes das exigências institucionais do cuidado em saúde e pelas experiências inovadoras do ensino superior:

*[...] mas no momento em que você tem profissionais despreparados para desenvolver as ações sob essa perspectiva, a integralidade perde o sentido, a filosofia da atenção perde o sentido, isso se dilui, se dissolve e o indivíduo passa a ser visto de forma fragmentado, estanque e setorizado. Então eu acho que o ponto principal é o fortalecimento na formação de novas práticas que tem que partir da formação. [...] Então a gente não pode contar só com o fator intrínseco de sensibilidade de cada um, é preciso investir na formação para também contar com a capacidade do indivíduo se desenvolver e ser estimulado para desenvolver determinadas ações. (Aparecida)*

*A ABS deseja uma formação que não é de aquisição de técnicas, mas, sobretudo de habilidades para a relação com o outro – equipe e família. Um dos objetivos desse investimento é tornar as unidades e os serviços de saúde resolutivos, são ações que exigem qualificação. (Bruna)*

*Acho que é a formação que tem que dá conta disso, se não estamos preparando o profissional para isso, precisamos realmente repensar. Estamos em processo de reforma curricular. O médico do Saúde da Família precisa de uma formação generalista e de um olhar ampliado para esse processo. Um conhecimento generalista para dá conta das especificidades ainda que seja para encaminhá-las. (Beatriz)*

*A medicina, não a medicina, mas as ciências da saúde são ciências do homem. Então as pessoas estão se preparando, se capacitando para cuidar de pessoas, pessoa humana e não de doenças. Então não há aqui de falar em órgãos, o profissional de saúde não deve preocupar-se com órgãos, mas preocupar-se com a pessoa. É preciso que nós recuperemos isso no processo de formação do aluno. [...] Precisamos repensar a formação do profissional, daí a necessidade que temos hoje no Brasil de multiplicar as residências em Saúde da Família, como estamos fazendo aqui em São Luis. Precisamos multiplicar os cursos de capacitação em Saúde Família, precisamos investir no fortalecimento da Atenção Básica. [...] Então o profissional da integralidade é o generalista. Esse profissional que sabe e que tem habilidades para trabalhar em equipe. [...] A academia desempenha um papel importante, não de formatar o caráter individual da pessoa, mas de agregar valores, acho que essa é a questão, pela qual nós estamos lutando aqui nesta universidade. (Bernardo)*

São falas que nos remetem ao desafio de buscar e desenvolver novas competências profissionais. Cabe por isso ressaltar que no campo do ensino, os profissionais devem ser formados não apenas aptos para o trabalho técnico, mas estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a inter e a transdisciplinaridade, por onde circulem os distintos saberes (formais e não-formais) e que efetivamente contribuam para as ações de promoção de saúde individual e coletivamente. É nesse nível que uma nova visão das práticas de saúde vem ganhando destaque.

Macedo et al (2006) reconhecem que há movimentos em busca de transformações, tanto na organização dos cursos como das práticas pedagógicas em diferentes estágios de formulação, acumulação e implementação nas diversas carreiras, regiões e contextos onde ocorrem os processos de formação. Estes movimentos favorecem a construção de práticas cuidadoras coerentes com a integralidade. Favorecem novas atitudes e valores representados no discurso dos participantes da investigação:

*Fomos formados dentro de um currículo muito disciplinar, fragmentado, onde as profissões da área da saúde aprendem a tratar as doenças. E o sujeito como um todo não é percebido. A atenção é dirigida para a doença simplesmente. Vejo que fomos formados aprendendo a tratar a doença independente do indivíduo. Da mesma forma que se tratava um se tratava o outro. E felizmente começamos a perceber um outro modelo de atenção. Os próprios profissionais começaram a refletir, acho que muito ajudados pela Antropologia, pela Sociologia e por outras áreas do conhecimento, que começaram a ter um olhar crítico para o modelo de saúde vigente. O que repercute na formação. A atual formação se diferencia em muito do que foi a minha. Se fala de gente, de pessoas, de cuidado, apesar dos procedimentos, da doença e da cura ainda ser muito forte. (Betânia)*

*[...] fomos formadas no modelo biomédico e para migrar para essa nova estrutura que queremos e que é necessária, há certa resistência e dificuldade do professor, inclusive minha. Alguns professores estão mais abertos e que aceitam trabalhar a questão da interdisciplinaridade, por exemplo. Mas há outros mais resistentes e que as dificuldades são muito evidentes. [...] levar os alunos a perceberem a importância do trabalho em equipe, da pesquisa, e das várias disciplinas que compõem o currículo da Enfermagem desde o primeiro período como da Sociologia, da Psicologia, da Antropologia para o cuidado ao ser humano. A enfermagem estuda essas disciplinas para sustentar o cuidado ao ser humano na sua totalidade e para compreender o comportamento do ser humano e se preparar para melhor intervir. Estamos tentando e solicitando aos professores que eles façam essa relação das várias disciplinas com a enfermagem, com o cuidado e com o ser humano, para que os alunos possam a todo momento associar esses conhecimentos para o cuidado de enfermagem. (Bárbara)*

*[...] ao entrar em contato com a comunidade o aluno começa também a vivenciar e a perceber os problemas e, se forem sensíveis, e via de regra as pessoas são sensíveis, passam a sentir, perceber os problemas da comunidade, conhecendo D. Maria, Sr. José. Os alunos chegam pra mim e falam assim: Hoje fiquei preocupado porque em uma das casas que visitei encontrei três crianças, uma de 4, 2, e 8 anos e não tinha nenhum adulto. Era por volta das 10:30 h e perguntei pelos pais e eles disseram que a mãe tinha saído para trabalhar. O mais velho era quem cuidava dos outros irmãos. E o mais grave não foi isso, quando fui até a cozinha não tinha nada no fogareiro. Então a idéia é essa, é fazer com que eles vivenciem isso no campo, que identifiquem as condições dessas famílias e problematizem. Assim eles poderão refletir, programar e planejar intervenções que se aproximam da realidade dessas pessoas. (Bernardo)*

A reforma curricular dos cursos de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) instituído no início deste ano (primeiro semestre de 2008) e o de

Medicina no segundo semestre de 2006, garante a inserção do estudante nos serviços de saúde da ABS a partir do primeiro semestre do curso. É um exercício para articular as atividades de ensino com as de atuação na comunidade e na família como relatado nas falas:

*Ainda temos uma tendência muito forte em nossos docentes de Enfermagem se concentrar na área hospitalar. Na tentativa de reverter essa realidade os alunos realizam visitas em creches, em orfanatos, e na comunidade entre outros espaços onde é possível o contato com a criança e com o adolescente fora do ambiente hospitalar o mais precoce possível. Eles têm também uma experiência de contato e de cuidado na comunidade em um município do Estado. (Bárbara)*

*A grande maioria dos profissionais foi formada dentro do hospital, agora é que estamos tentando mudar isso. Começamos isso já há algum tempo, mas foi com a implantação do novo currículo da medicina que isso ficou mais palpável. Os alunos têm contato com a comunidade, com as famílias desde o primeiro semestre do curso. Na minha formação, por exemplo, o que me ensinou Medicina foi a experiência na Extensão viajando para o interior da ilha por iniciativa absolutamente própria, porque a Universidade não incentivava, não motivava o aluno do curso de Medicina nesse sentido. Eles compreendiam que médico é pra ficar no hospital tratando de doença. Então hoje o aluno vivencia muito mais essa experiência de trabalhar na família e na comunidade, é muito mais presente nos cursos do que na minha época. (Betânia)*

Há, portanto, uma preocupação em vincular a formação do profissional de saúde com os aspectos humanos e sociais com vínculo e responsabilização com a família e a comunidade. Nesse sentido o papel das instituições educadoras na formação para o trabalho em saúde é mediar essa transição, permitindo aos estudantes “vivenciar situações de ajuizamentos, de tomadas de decisões, onde precisem se reconciliar com o mundo no sentido de se sentirem responsáveis”. (LOPES, HENRIQUES, PINHEIRO, 2007, p. 38). São caminhos que estão sendo buscados e construídos na formação dos profissionais.

Portanto, construir novas formas de pensar e de agir no cuidado à criança **Modelando a Integralidade do Cuidado na ABS** requer, por parte do profissional, romper com o instituído para re-criar novos modos de cuidados e de cuidar aliando ao saber técnico o saber operante e as tecnologias relacionais e subjetivas.

#### 4.1.2 Categoria 2: Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança

**Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** envolve domínio do aparato técnico-científico associado àquilo que Merhy (2002) denomina de tecnologias leves<sup>10</sup> construídas nos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, nas relações entre o profissional, a criança, a família e a comunidade e entre profissional/equipe e profissional/equipe/instituição.

Significa aliar ao processo de cuidar o conhecimento científico e tecnológico e o conhecimento de natureza humanística e social capazes de desenvolver projetos terapêuticos singulares.

O cuidar envolve o contato com o outro e as relações entre as pessoas. Isso reforça a necessidade da clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais onde a ação dos profissionais não se restringe só ao corpo biológico, aos recursos diagnósticos e aos medicamentos. É preciso desenvolver ações baseadas nas tecnologias leves e na dimensão relacional e não se restringir às tecnologias duras e leves-duras. (MERHY, 1997a CAMPOS, 2005c).

Portanto, **Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** foi delimitada pelas seguintes subcategorias:

LIDANDO COM A DIMENSAO SUBJETIVA  
VALORIZANDO A ESCUTA E O DIÁLOGO  
CONSTRUINDO LAÇOS DE CONFIANÇA  
ESTABELECEENDO VÍNCULO COM A FAMÍLIA E A CRIANÇA  
RESPONSABILIZANDO-SE PELO OUTRO  
EXERCENDO ALTERIDADE  
UTILIZANDO A CRIATIVIDADE NO CUIDADO

**Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança** caracteriza-se pela forma como os profissionais se relacionam com os outros e com o contexto, pelos valores nos quais acreditam e pela capacidade de articular conhecimento,

---

<sup>10</sup> Merhy (1997, p. 121) ao trabalhar com o conceito de tecnologia do trabalho em saúde classifica essas tecnologias em leve, leve-dura e dura. Tecnologia leve compreende as tecnologias das relações do tipo de produção do vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; tecnologia leve-dura relaciona-se com saberes estruturados como a clínica médica, psicanalítica, epidemiologia, taylorismo, outros; tecnologia dura inclui os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

sensibilidade e criatividade. **Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança** configura-se como dimensão ampliada do cuidado e das necessidades da criança; significa lidar com o saber, com a ação instrumental e as ferramentas leves no cuidado em saúde reconhecendo que, às vezes, uma e outra prevalecem dependendo das necessidades que se colocam no cuidar; é colocar-se do lado do outro Lidando com a dimensão subjetiva no cuidado à criança. Essa dimensão subjetiva do cuidado caracteriza-se pela produção de novos saberes que se define pela arte de exercitar a sensibilidade e a valorização da condição humana.

Lidando com a dimensão subjetiva no cuidado à criança é reconhecer que o cuidado é subjetivo, intuitivo, sensível e se materializa no espaço das relações entre os sujeitos envolvidos (PRADO et al., 2006). Os participantes da investigação falaram que:

*Cuidar da criança exige que nós, enfermeiros, médicos, auxiliares, os agentes de saúde e todos os outros [...] pensar em um cuidado mais relacionado com as coisas mais subjetivas. (Célia).*

*O cuidado à criança é a soma da capacidade, do conhecimento científico e mais ainda dos valores pessoais e de respeito com o ser humano. [...] é uma coisa de amor, de sentimentos internos, de respeito, de responsabilidade. (Claudia).*

*Na medicina quando era estudante era comum aquele aluno mais sensível, gentil, essas coisas do pessoal, ter sua vida profissional definida como bom pediatra. Então todo mundo já dizia que eu seria pediatra. É sempre assim. Então isso significa que para trabalhar com criança exige essas coisas, que às vezes pode não ser características de outras especialidades. Eu realmente acredito que sem isso é difícil cuidar da criança. Mas acho que isso vale para todas as áreas. (Darci).*

Lidando com a dimensão subjetiva deve orientar para ouvir, compreender e cuidar com sensibilidade desdobrando o modo de fazer/agir/atuar/intervir na perspectiva de diminuir as relações de dominação que, na maioria das vezes, se estabelecem entre profissionais, mães e famílias. É colocar-se do lado Valorizando a escuta e o diálogo. Os modos de encontro entre profissional, criança e família, e a dimensão cuidadora e relacional determinam a escuta como atitude desejada e buscada tanto pelos profissionais e pelas mães investigadas:

*Quando estou com a mãe ou outro cuidador, com a criança, eu procuro saber ouvir... ouvir é uma habilidade que deve ser*



*trabalhada. Saber observar, estar atento para além daquilo que é visível e pra isso eu preciso observar a fala, os gestos, os aspectos da linguagem não verbal que muitas vezes são mais importantes do que aquilo que é falado, que é dito. (Camila)*

*[...] sinto necessidade de fazer diferente associando ao meu conhecimento médico outras coisas como o respeito pelo outro, a escuta... sabe? um fazer diferente. Procurar estar mais atento aquilo que os pacientes falam, principalmente quando é criança. Prestar atenção ao que a mãe diz, [...] saber perguntar, porque nós trabalhamos com a intimidade das pessoas [...] e isso é muito difícil. (Diana)*

*O que mais me agrada é chegar na sala do médico e ele deixar eu falar o que meu filho sente e não ir chegando e ele ir logo passando o remédio. Porque tem médico que vai logo passando o remédio e não deixa a gente falar [...] fica assim de cabeça baixa, não olha pra gente. Tem vez que eu acho que eles não escutam o que a gente diz. A gente fala uma coisa e eles não dizem nada. Eu gosto de falar tudo o que eu estou sentindo pra ele escutar, pra depois passar o remédio. (Emilia)*

*[...] uma das práticas mais difícil é ouvir, saber ouvir. Para mim também foi e continua sendo, mas tenho tentado, tenho me esforçado. Hoje já sou capaz de me desligar mais de alguma coisa em função do meu trabalho, sou capaz de desligar o celular ou pelo mesmo deixar no silencioso, de ligar depois, de não interromper uma conversa quando estou com a mãe para atender o celular, sou capaz de ficar mais ligada ali no que estar à minha frente. Isso não é fácil, isso tem sido uma conquista diária, minuto a minuto, de 3 anos para cá. (Claudia)*

*[...] na consulta o doutor devia perguntar: e aí como vai? E você mãe como vai? Eu acho isso importante não é? Às vezes o filho da gente tá bem, mas a gente que é mãe não. Tem dias que eu só cuido mesmo da casa e dos filhos porque é o jeito. Então quando eles perguntam também da gente é bom não é? Eles se interessam assim [...] saber como é que a gente vai. (Eliana)*

Valorizando a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas e representa manifestação de interesse do profissional capaz de estimular a narrativa materna das suas dificuldades e fortalezas no cuidado à criança. Pressupõe atitude de interesse e de disponibilidade permeado pelo olhar e pelo observar para ver o outro na sua singularidade. Valorizando a escuta e o diálogo são atitudes que revelam a disposição de perceber, conhecer e compreender o outro nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias, nas suas fragilidades, mas, sobretudo naquilo que ele traz de melhor e de maior que são

as fortalezas entendidas aqui como habilidades para o cuidar e para o cuidado da criança. Esse aspecto reveste-se como fundamental no cuidado, pois compreendemos que cuidar da criança é sempre uma ação cooperativa e articulada entre profissional, mãe e família.

Valorizando a escuta e o diálogo pode ser traduzido como atitude de respeito enquanto que o contrário representa “atitude de arrogância, é ignorá-la, é não desejar conhecê-la, é desconsiderá-la”. (ARAÚJO, 2008, p. 668). A ausência do olhar, da escuta e do diálogo implica na qualidade do encontro e na continuidade do atendimento como verbalizado pela mãe:

*[...] um médico ou uma enfermeira tratando a gente bem toda vez que a gente precisar a primeira pessoa que a gente pensa em procurar são essas pessoas, não é? Mas se ele trata mal ou não fala direito, não presta atenção o que a gente fala não dá pra voltar né, a gente vai é procurar outro. Eu sou assim... (Emilia)*

Ainda sob esta perspectiva, queremos destacar que a lógica do modelo biomédico dirige a escuta para o biológico, para a queixa, para a doença, excluindo a escuta, o diálogo, a palavra. Excluindo a palavra, estamos excluindo a condição de sujeito, de humano e de singular. Baptista (2000) chama atenção para o que ele denomina de escuta surda. Atribui essa nomeação as práticas que ouvem sem escutar, que produz uma enfermagem da evidência, uma medicina da evidência que pouco consegue captar das singularidades que permeiam o humano. É uma escuta simplificada que se reduz a uma técnica de coletar dados. A escuta surda se situa no “campo da escuta moral, prescritora de modos de vida, julgadora de práticas”. (HECKERT, 2007, p. 208). Pela escuta surda degrada-se a condição humana e beira a humilhação e o desrespeito pelo outro. As mães revelaram essa escuta quando disseram:

*[...] às vezes a gente fala e eles viram pro outro lado, faz de conta que a gente não tá falando ou quando responde dão umas respostas assim sabe... como se estivesse zangada. Eu queria que eles dessem mais atenção. [...] Eu dizia: tchau doutor, até a próxima. E ele olhava assim por cima dos óculos e não dizia nadinha. Então aquilo doía porque ele não dava resposta que eu queria [...] um tchau[...] não custa nada. (Emilia)*

*[...] tem uns que escutam a gente, outros não querem nem saber. Nem todos compreendem não é? Ainda agora teve uma discussão de outra mãe ali fora com a moça da marcação por causa disso. Elas não param pra escutar a gente. A gente*

*pergunta e elas nem respondem. Eu acho que isso é importante porque quando uma mãe ou qualquer pessoa vem aqui é porque precisa e a gente escuta o que elas dizem pra gente. Então quando a pessoa não responde direito eu acho que é mau atendimento. (Eliana)*

*Eu agora já sei antes de consultar eu pergunto logo como é o doutor. Eu já tenho é medo [...] eu não gosto porque eles aqui vivem passando carão na gente, e aí quando chega lá o doutor, alguns, nem olha na cara da gente e vai logo dizendo que se o menino estiver com febre tem que levar pra Unidade Mista, tem que levar não sei pra onde. Outro dia eu estava com meus dois meninos e já era quase 11 horas e o pequeno (o menor) começou a chorar e o doutor disse que só ia consultar quando ele parasse de chorar. Me diga, eu cheguei aqui antes das sete horas já era quase 11, tinha dado um mingau pra ele e trouxe umas bolachas, mas o menino estava com fome, com sono. Aí eu disse pro doutor que ele ia consultar meu filho com choro ou sem choro porque quem chegou tarde foi ele não fui eu. Aí ele nem olhou pro menino, num olhou a garganta nem nada e passou um remédio. Aí eu não comprei o remédio, sei lá se o remédio era bom, não é? Nem olhou na minha cara, tava zangado, brigando com todo mundo. (Elisabete)*

Guizardi e Pinheiro (2004) alertam que os usuários do sistema de saúde ao analisarem o tema da integralidade da atenção não o abordam pelas condições estruturais do sistema de saúde ou do acesso a tecnologias e medicamentos, muito embora introduzam estas questões. Pelo contrário, os usuários revelam indignação acerca da forma como se efetiva a relação. Nessa medida, o cuidado só é possível se há condições concretas para o diálogo, para a escuta, para o vínculo e para a solidariedade. O cuidado existe “na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social”. (GUIZARDI, PINHEIRO, 2004, p. 45). Portanto, as ações e práticas em saúde são determinadas pela especificidade das relações, que se configuram como uma relação entre sujeitos e ampliam as visões sobre saúde, incluindo a percepção da integralidade do cuidado. Valorizando a escuta e o diálogo é, portanto, atitude interativa e uma dimensão da integralidade do cuidado.

Ainda que de maneira insuficiente, muito já tem sido feito. Nesse sentido, podemos encontrar práticas que valorizam o papel do outro (criança e família) no processo de cuidar por meio de uma relação dialógica e construtiva. Nada mais natural, visto que o cuidado se dá por relações sociais. Pelo diálogo, profissionais da saúde se desfazem do seu saber técnico e se tornam conjuntamente responsáveis

pelo processo saúde-doença e, mais especificamente, pelo crescimento e desenvolvimento da criança. Com isso todos crescem: profissionais, família, crianças, instituições e serviços de saúde. Em uma relação dialógica, o diálogo desempenha um papel preponderante como pode ser evidenciado nas falas:

*O fato não se resume em escutar por escutar, mas escutar prestando atenção. O resultado é a satisfação da família, do cliente que se sentem valorizados e encontram no profissional aquilo que eles estão procurando, que às vezes não é remédio, mas apoio. (Camila)*

*Me colocando do lado da mãe e da família me coloco como profissional, mas um profissional que permite que a mãe fale das suas dificuldades. Quando eu digo me colocar do lado é saber ouvir sem recriminar, sem culpar ninguém; é saber apoiar naquilo que a mãe ou a família ainda não é capaz de fazer sozinha. (Diana)*

*No nosso trabalho diário o esforço é para conciliar o nosso conhecimento de ser médica, enfermeira, dentista... com as necessidades da criança e da família. Isso só acontece, na minha opinião, se somos capazes de uma conversa aberta, sem julgamentos, no diálogo mesmo. O que eu percebo é que quando isso acontece há um crescimento tanto do conhecimento do problema ou da necessidade como do meu próprio conhecimento. Assim eu me conheço mais quando sou capaz de abrir para o que a mãe e a família traz para a minha sala [...]*  
(Denise)

Valorizando a escuta e o diálogo situa-se no campo da arte pela intersecção do conhecimento com habilidades de saber-ser e saber colocar-se em uma situação singular; é valor que se inscreve na verdadeira perspectiva de cuidar. Valorizando a escuta e o diálogo parece envolver um tom de voz, um ouvido atento; é “tornar caloroso” o cuidado (HESBEEN, 2000); revela um olhar e um escutar dirigido ao outro. É dar sentido ao encontro pelo movimento que convida os profissionais a dialogar Construindo laços de confiança. É dimensão que necessita da conjugação de pelo menos oito elementos: o calor (que inclui a palavra, o sorriso e o olhar adequado e personalizado); a escuta (que permite acolher a palavra do outro); a disponibilidade (que revela uma atenção particular e permite “escutar serenamente” (HESBEEN, 2000, p. 104); a simplicidade (comportamento e linguagem acessível); a humildade (que revela os limites profissionais sem a pretensão do tudo); a autenticidade (ser autêntico, verdadeiro); o humor (para tornar leve o momento do encontro sem a rispidez que caracteriza o conhecimento técnico) e a compaixão

(que permite partilhar o sofrimento do outro). (Idem).

Construindo laços de confiança tem relação com os detalhes, com as pequenas coisas, com o encontro do técnico, da arte e da subjetividade:

*Quando o PSF começou aqui, eu assim, não gostava muito de trazer meus filhos aqui. Porque eu não conhecia os médicos, as enfermeiras, as pessoas. Depois eu fui conhecendo, fui vendo as coisas [...]. No começo eu ficava desconfiada, não gostava muito. Agora não, eu confio neles, confio mesmo, sei que quando eles falam uma coisa é porque é certo mesmo. (Elisabete)*

*No cuidado a criança nós precisamos estabelecer uma relação de confiança com as mães, isso não é muito fácil, é demorado, mas depois que conseguimos tudo fica mais fácil. Pra isso lançamos mão de uma série de habilidades, ser criativo, saber valorizar um bom dia, um sorriso, um cumprimento. (Carla)*

Construindo laços de confiança permeia uma relação capaz de produzir vínculo:

*Mas se eu pudesse eu só marcava pra ela (enfermeira). Ela conversa com a gente, brinca com a gente, a gente conversa ela morre de rir das coisas que eu conto pra ela, eu gosto mais. Eu não tenho vergonha de falar nada pra ela. Eu acho que ela sabe de tudo da minha vida. E quando ela me passa umas rasteiras eu nem fico zangada. Porque ela diz assim com jeito. Eu sei que ela gosta da gente. Ah eu não sei direito, mas tem coisa da gente que a gente não diz pra todo mundo não é? Eu digo pra ela. (Elisa)*

Portanto, Estabelecendo vínculo com a família e a criança é processo construído nos encontros entre profissional/mãe/família/comunidade.

O estabelecimento do vínculo é proposta de destaque do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) para o PSF que o elege como ponto central e estratégico do trabalho no PSF. É pelo vínculo que são construídos laços de compromisso e de responsabilidades entre os profissionais de saúde e a comunidade. Desse modo o vínculo é consequência de uma relação mais próxima da comunidade com a equipe de saúde. Contribuem, para isso, as visitas domiciliares e os modos de interação nos atendimentos individuais e de equipe.

As falas demonstram que pelo vínculo os profissionais orientam a intervenção e, como consequência, as mães sentem-se melhor cuidadas e apoiadas:

*Essas possibilidades que o PSF oferece de manter a equipe mais*

*próxima da comunidade, das famílias fortalece o vínculo. Isso, na minha opinião, se traduz em duas situações: a primeira é que facilita a intervenção da equipe e ajuda, orienta a conduta do profissional, por outro lado aumenta a responsabilidade da equipe. Somos mais exigidos. Tem também a confiança. As famílias passam a confiar mais na equipe. (Claudia)*

*Aqui a gente sabe que pode contar com o pessoal da unidade eles estão aqui perto da gente. Hoje eu venho muito mais no médico do que uns anos atrás. Eu vejo eles sempre andando por aqui, vindo na casa das pessoas, conversando. A gente se sente assim valorizada. A gente conhece eles e eles conhecem a gente também. A gente sente que é diferente do hospital. Parece que eles gostam da gente. (Eliana)*

*O PSF favorece esse jeito de ficarmos mais perto, estreitar mais o vínculo com as famílias, com as crianças. [...] isso aproxima ainda mais o profissional da mãe. Ela se sente valorizada, ficam felizes por essa aproximação. Isso é importante para o cuidado porque aumenta a confiança da mãe no profissional. Eles passam a conhecer também a nossa família. Eles perguntam pelas minhas filhas, pela minha mãe. Tem uma coisa de afeto e de carinho, essa aproximação traz essa coisa. (Darci)*

Estabelecendo vínculo com a família e a criança é, portanto, circulação de afetos e responsabilidades. Pelo vínculo a equipe acolhe as demandas trazidas pelas crianças, e as mães apoiadas, são capazes de superar condições adversas, de mudar o contexto em que se situam e de “descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas”. (CAMPOS, 2005c, p. 29).

Cabe destacar que, na perspectiva da integralidade do cuidado, a construção do vínculo relaciona-se com a capacidade da equipe e dos profissionais se responsabilizarem pela saúde das crianças e famílias. Nas falas dos profissionais investigados, o fato da criança ser atendida pelo mesmo profissional é um fator que favorece o vínculo e a responsabilização pelo cuidado:

*Eu acho que a medida que a gente vai apoiando, se aproximando das famílias, das crianças, aumenta a nossa responsabilidade. Assumimos a responsabilidade por essas crianças, pelas famílias. E o fato delas serem atendidas pelo mesmo profissional ou por profissionais da mesma equipe é muito bom, porque facilita essa aproximação, o vínculo fica mais forte, e a gente fica mais segura também para intervir. (Darci)*

Responsabilizando-se pelo outro resulta na condição da equipe e/ou do

profissional ser referência para as mães abrindo um leque de possibilidades para um cuidado mais abrangente. A fala a seguir é representativa dessa condição:

*Outro dia eu trouxe meu filho aqui no posto porque ele estava com umas feridinhas na cabeça. Eu trouxe mesmo porque era o jeito, porque a consulta já estava marcada e eu não queria perder a vez. Eu estava com febre, calafrio mesmo, dor de garganta, sem coragem para nada, nem para falar. Aí quando eu cheguei a doutora [...] examinou a cabeça dele, fez umas perguntas e tal. Aí eu acho que ela notou que eu estava, assim, calada e ela perguntou o que eu estava sentindo, se tinha alguma coisa. Eu disse o que eu estava sentindo, então ela me examinou, passou logo um antibiótico, disse que eu tava com uma infecção mesmo. Eu fiquei contente pelo jeito dela, porque eu não tinha nem marcado consulta, eu só tinha marcado mesmo para o meu filho. Como ela me conhece, ela viu logo que eu não estava bem. Se eu tivesse ido para outro hospital era diferente. (Emilia)*

Responsabilizando-se pelo outro tem aqui o sentido de interesse, que se expressa pelo vínculo e pela atenção. São atitudes que geram satisfação e valorização da condição de estar atento ao outro. É produto das relações estabelecidas por meio da escuta, do diálogo e do vínculo.

Responsabilizando-se pelo outro tem também o sentido de compromisso com a comunidade, com as famílias, sendo resolutivo, cumprindo os horários e não faltando ao trabalho:

*[...] coisa que faço é tentar resolver os problemas das crianças que chegam aqui, pois sei o quanto é difícil para as mães esse vai e vem de um lugar para o outro. A outra coisa que considero importante é a responsabilidade com a comunidade, então faço tudo para não faltar, atendo o máximo de crianças possíveis, procuro não deixar voltar ninguém sem atendimento. (Diogo)*

*Nós temos aqui na equipe o compromisso da equipe de tentar resolver os problemas da criança aqui mesmo na unidade. Eu saio de sala em sala para tentar resolver e digo brincando: “já cheguei com a minha tigela”. É uma coisa nossa. (Camila)*

A integralidade do cuidado se afirma na tarefa do profissional marcar encontro com o outro em sua diferença Exercitando Alteridade. É ir ao encontro do outro. Tem a ver com a presença do outro, mas também em reconhecer a diferença do outro, pois é a “diferença que faz com que cada pessoa seja singular”. (HESBEEN, 2000, p. 111). Nas entrelinhas das falas é possível perceber que:

*O que diferencia nosso trabalho, o trabalho na saúde, de outros trabalhos é a necessidade do encontro com o outro, de um encontro apesar das pessoas serem diferentes, há encontro. [...] as diferenças faz compreender que precisamos nos posicionar diferente com cada mãe, com cada criança, porque as mães são diferentes, as crianças são diferentes. E eu digo também para as mães que cada um de nós profissionais é diferente. E que é natural que elas não encontrem em um de nós tudo que elas desejam. Então é assim, eu dou um pouquinho, a enfermeira outro tanto, o agente outro e assim nós vamos nos entendendo. (Bárbara)*

*Para cuidar é importante reconhecer que somos diferentes, que temos características que são nossas, individuais. As mães também são diferentes, tem necessidades que embora sejam semelhantes se diferenciam. O cuidado é essa capacidade que devemos ter de lidar com as diferenças. (Bianca)*

Exercitando Alteridade no processo de cuidado é reconhecer que haverá sempre a relação consenso/conflito que se alterna dinamicamente e, portanto, as diferenças, muitas vezes, geradoras de conflitos não devem ser execradas, pois como parte das relações e da expressão das diferenças haverá sempre a possibilidade de convívio com o heterogêneo. (SPOSATI, 2001).

Nessa relação é comum exigir práticas inovadoras para atender as demandas do processo saúde-doença da criança. Assim o diálogo, o encontro com o outro e com suas necessidades mobiliza a criatividade como instrumento de interlocução que aproxima conhecimentos e afasta a racionalidade técnica. Utilizando a criatividade no cuidado é a expressão de um agir mais livre e mais leve construído na dinâmica de saberes e na preocupação do melhor intervir. A criatividade é capacidade de seres humanos; é processo de busca de soluções para uma determinada questão. É produção de idéias em qualidade, originalidade, flexibilidade e sensibilidade. Utilizando a criatividade no cuidado é método e recurso nas práticas de cuidado a criança:

*A todo o momento o nosso trabalho exige que sejamos criativos. Criativos para lidar com as limitações de recursos, para lidar com os aspectos da educação em saúde, para ensinar. Procuramos desenvolver isso aqui na equipe. Quando precisamos desenvolver algum tema optamos por fazer dinâmicas com as mães, com as crianças, com os agentes de saúde. Temos alguma coisa de jogo, de material para trabalhar, por exemplo, com os hábitos de higiene, com escovação. Temos parceria com a escola, e lá nós trabalhamos com grupos de teatro, com peças, sempre abordando um aspecto da saúde. (Célia)*



*Um aspecto importante no cuidado a criança é a criatividade. Eu percebo que quando utilizamos uma estratégia criativa para trabalhar com as mães e com as crianças elas saem daqui mais satisfeitas e tudo parece mais leve. A gente deixa de lado a autoridade, a ordem, pra brincar, brincar educando. (Camila)*

Utilizando a criatividade no cuidado predispõe a ação, a manifestação de potencialidades, associa sensibilidade ao conhecimento e desperta formas de cuidar para além dos muros da racionalidade técnica biologicista.

#### **4.1.3 Categoria 3: Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na ABS**

**Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na ABS** é a categoria construída pelos códigos relacionados à coordenação, gestão e organização do cuidado à criança. Refere-se às atividades realizadas na equipe do PSF a partir das definições políticas e administrativas da atenção em saúde. Diz respeito às estratégias e mecanismos para organização do cuidado. Fazem conjunto com esta categoria as seguintes subcategorias:

COMENTANDO A GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA NA ABS  
 TRABALHANDO AS LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À CRIANÇA  
 REPRODUZINDO O MODELO MÉDICO-CENTRADO  
 APONTANDO MECANISMOS REGULADORES DO TRABALHO  
 ESTABELECENDO PRIORIDADES  
 FAZENDO JUÍZO PROFISIONAL  
 DIVERGINDO QUANTO AS FINALIDADES DO CUIDADO  
 ACEITANDO ROTINIZAR O TRABALHO

Comentando a gestão do cuidado à criança na ABS relaciona-se à forma como os profissionais se articulam para atender às exigências burocráticas da Secretaria de Saúde, às diretrizes políticas do cuidado à criança definidas pelo MS, às prioridades decorrentes dos indicadores epidemiológicos característicos do município e às demandas das crianças e suas famílias. Nesse papel articulador a enfermeira é a referência tanto para a SEMUS, como para a equipe, a família e a comunidade. Esse papel é reconhecido pelo sistema de saúde, pela própria

enfermeira e pelos demais profissionais:

*O enfermeiro no PSF é o profissional articulador na equipe. Ele faz muito bem esse papel na equipe. Aqui na Secretaria nós reconhecemos essa capacidade dos enfermeiros e sabemos que é ele quem “segura a peteca” nas nossas unidades. (Aluisio)*

*Nós temos no enfermeiro um grande parceiro. É um facilitador. (Ana)*

*Muita coisa aqui na Unidade funciona pela disponibilidade do enfermeiro. Nós temos essa característica de ir atrás, de tentar resolver as coisas e com isso nos sentimos sobrecarregadas. (Claudia)*

*[...] Quando eu preciso de alguma coisa eu peço para a enfermeira. Venho direto pra ela. Quando eu preciso de um remédio, uma consulta, uma vaguinha em outro hospital eu peço para ela. [...] Não tenho vergonha de pedir pra ela. [...] Não adianta pedir para outra pessoa porque elas mandam falar com a enfermeira. (Eliana)*

*O acesso da criança a outros serviços principalmente da criança doente é sempre feito pela enfermeira. Ela faz essa intermediação. (Diogo)*

O enfermeiro tem a capacidade de coordenar e de gerenciar o cuidado pela articulação dentro e fora da equipe. A finalidade é viabilizar o cuidado para atender as demandas da criança, em especial, nas situações de doença frente às dificuldades de acesso aos diferentes níveis da atenção no sistema de saúde. Nas situações de impedimentos na atenção à criança a enfermeira é sempre procurada por médicos, agentes de saúde, mães e famílias para intermediar ou facilitar a continuidade da atenção. De maneira geral, a organização e a gestão do cuidado no PSF estão centradas na enfermeira e, as atividades de gestão e assistência ocorrem simultaneamente, acarretando sobrecarga de trabalho.

Os profissionais Trabalhando as Linhas de Cuidado na atenção à criança falam de demandas técnicas, operacionais e subjetivas numa idéia de recomposição de um fazer capaz de conectar diferentes saberes em um coletivo profissional para o cuidado à criança. Trabalhando as Linhas de Cuidado na atenção à criança estrutura-se em quatro grandes eixos: nascimento saudável, atenção a criança menor de um ano, atenção a criança de 1-6 anos e de 7-10 anos. (BRASIL, 2004a). Tais eixos compreendem ações que vão da anticoncepção, concepção, atenção ao parto e puerpério passando pelos cuidados ao recém-nascido até o cuidado a

criança na idade escolar. Trabalhando as Linhas de Cuidado na atenção à criança organiza-se a partir do pré-natal, da visita domiciliar dos profissionais do PSF ao recém-nascido na primeira semana de vida e com o seguimento na unidade de saúde para avaliação do crescimento, do desenvolvimento e para o cumprimento do esquema básico de vacinação:

*Quando estamos acompanhando a mãe no pré-natal já pensamos na criança, então orientamos para que ela retorne com a criança no puerpério. A partir daí já começamos a trabalhar com a mãe, com a criança e com a família. O nosso objetivo é orientar a mãe e a família da necessidade que das avaliações mensais e consecutivas. (Carla)*

*O nosso primeiro contato com a criança é logo depois do nascimento, quando a mãe sai de alta. O ACS notifica o nascimento e nós programamos a visita na primeira semana de vida. Nessa visita normalmente vai a enfermeira e o ACS, às vezes o médico, isso muda de equipe pra equipe. É o momento que avaliamos os sinais de risco da criança, se tem problemas com a amamentação, fazemos as orientações principalmente sobre higiene, sobre amamentação e cuidado com o umbigo, estamos atentas pra saber se a criança recebeu as primeiras vacinas na maternidade. Nessa visita nós já agendamos um dia pra mãe levar a criança na unidade para um esquema de avaliações mensais do crescimento e do desenvolvimento. É o momento em que cuidamos da mãe e da criança. Essa visita é para cuidar da mãe e da criança. (Célia)*

*A atenção à criança começa no pré-natal. O cuidado tem como base as orientações à mãe a partir do início da gestação e as orientações são dadas em relação à promoção, proteção e manutenção da saúde da mãe. Orientamos a mãe e a família sobre aleitamento materno; imunização; higiene; introdução de outros alimentos; como cuidar da criança em relação ao banho, ao umbigo. (Darci)*

A primeira semana de vida configura-se como estratégia fundamental de atenção a mãe e ao recém-nascido para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. A visita na primeira semana de vida foi incorporada na rotina do trabalho da equipe e justificada pelo MS (BRASIL, 2004) por ser esse um período de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança. Os profissionais organizam-se para garantir esta atenção à díade mãe-filho. Esta estratégia consiste em uma visita do ACS acompanhado pelo enfermeiro ou pelo médico da equipe no domicílio da puérpera.

Trabalhando as linhas de cuidado na atenção à criança os profissionais

atuam no sentido de promover o crescimento e o desenvolvimento e reduzir riscos cujos objetivos contemplam a promoção da saúde infantil, a prevenção de doenças e a educação em saúde. Tem como ênfase o crescimento e o desenvolvimento infantil apoiado nas normas ministeriais e nos protocolos de atenção à criança como relatado pelos profissionais:

*[...] as ações básicas da atenção à criança, como o crescimento e o desenvolvimento, o aleitamento materno, o controle das diarreias, das infecções respiratórias e a imunização são os eixos da atenção a criança. (Claudia)*

*[...] após o nascimento, nós profissionais da Atenção Básica recebemos essa criança no primeiro mês de vida, dando continuidade aos cuidados iniciados ainda no pré-natal, trabalhando com todos os eixos do cuidado à criança, ou seja, as linhas de cuidado, entre elas as ações que dizem respeito ao aleitamento materno, à vacinação, ao crescimento e ao desenvolvimento. (Cecília)*

O seguimento da criança é mantido em visitas regulares à unidade proporcionando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, atualização do calendário básico de vacinação, prevenção de agravos em tempo oportuno, avaliação e orientação da alimentação infantil, incentivo e apoio ao aleitamento materno e orientação para introdução de novos alimentos à dieta da criança. (BRASIL, 2004a). A avaliação do crescimento e do desenvolvimento se coloca como eixo importante do cuidado à criança na ABS.

No primeiro ano de vida os profissionais acompanham regularmente o crescimento e o desenvolvimento das crianças no serviço de saúde. No entanto, por volta do décimo oitavo mês, quando a criança já completou o esquema básico de vacinação, os profissionais relataram que a frequência das crianças ao serviço para avaliação do crescimento e do desenvolvimento diminuiu, inviabilizando a realização das quatro avaliações no segundo ano de vida, segundo definido pelo Ministério da Saúde.

*O primeiro ano de vida da criança nós conseguimos fazer esse acompanhamento, mas a partir daí, talvez exista no imaginário da mãe que a partir do primeiro ano não é tão necessário assim a rotina do acompanhamento. Talvez, nós profissionais de saúde tenhamos culpa disso, porque valorizamos a questão do crescimento, do desenvolvimento, a questão da carteira da criança, das vacinas durante o primeiro ano. Até as vacinas a prioridade é o calendário do primeiro ano. É como se a criança*

*no segundo ano ficasse mais “largadinha”. Não damos a mesma ênfase. Já no primeiro ano, isso é muito enfatizado e conseguimos fazer direitinho esse acompanhamento. (Carmen)*

*Temos problemas com as crianças maiores de um ano. [...] precisamos investir mais com as crianças maiores. (Carla)*

Quanto maior a idade da criança menor é a frequência da mesma nos serviços de saúde, segundo relatos dos profissionais. Por outro lado, os serviços não disponibilizam de estratégias para o cuidado a criança nessa faixa etária, que seria a nosso ver, estender as ações e saúde para as creches, pré-escolas e escolas. Parece haver nesse período uma transferência de responsabilidades da saúde da criança para a família ficando o serviço da atenção básica com a responsabilidade de tratar os agravos:

*Eu acho que ainda estamos muito dentro da unidade, os muros da unidade nos separam da comunidade. Não conseguimos inserir no cuidado a criança o ambiente da escola, as creches, não conseguimos chegar lá. O nosso envolvimento na escola é muito pontual. As crianças de 2 anos quando vem na unidade normalmente é por um problema de saúde. [...] e nós não temos creches, escolinhas, maternal. (Claudia)*

Os profissionais que participaram desta investigação demonstraram preocupação em identificar as situações de violência e negligência a que podem estar submetidas as crianças. Incluem essa preocupação nas avaliações e nos contatos com a criança e a família, assumindo que são cada vez mais frequentes os casos de violência e abuso de crianças na família, conforme identificado nas falas:

*[...] observamos muito a criança, se, por exemplo, percebemos que essa criança apresenta sinais de medo, assustada com alguma coisa, nós vamos investigar que situações existem na família que favorecem esse comportamento da criança. Já conseguimos identificar caso de abuso em uma família. E essa situação não é fácil de ser identificada, somente uma aproximação real com a família e com a comunidade foi possível. (Camila)*

*Os casos de violência a criança acontecem cada vez mais aqui na comunidade, muitas vezes decorrentes do uso de álcool ou outras drogas pelos pais. Os ACS identificam esses casos na comunidade, nos comunicam e procuramos intervir. Precisamos de um apoio do juizado e da Delegacia da Criança e do Adolescente. (Diogo)*

Enfermeiros e médicos se preocupam na atenção às crianças com doenças crônicas, sentem-se pouco instrumentalizados para cuidar nessas situações, frente às dificuldades e limitações da equipe e da estrutura material das Unidades de Saúde:

*Temos casos de crianças com doenças crônicas que exige da equipe, dos profissionais e do PSF uma série de coisas que no momento não nos sentimos preparadas para intervir adequadamente. Elas precisam de medicações especiais, de fisioterapia, de alimentação especial e não temos aqui na Unidade estrutura. (Claudia)*

*O período de internação é cada dia mais curto, isso é uma realidade mundial. [...] As crianças com doenças crônicas necessitam de um suporte terapêutico muito grande. O hospital espera que o seguimento seja dado na ABS [...] mas as nossas limitações ainda são muito grandes. Falta material, estrutura. (Darci)*

*Lidar com a família, com a criança com doença crônica é muito difícil, é um desafio para a equipe, para a enfermagem e para o sistema de saúde mesmo. [...] quando falo de dificuldade não é só pela dificuldade de medicação, de acesso aos serviços, para trocar uma sonda, não é isso [...] a dificuldade é de lidar mesmo com a situação isso é muito difícil. (Célia)*

Doença crônica é uma condição que compromete as funções físicas, sociais, biológicas da criança (MUSCARI, 1998) e estruturais e funcionais da família, pois acarretam freqüentes hospitalizações, aumentam a dependência por cuidados e modificam o cotidiano das famílias. São circunstâncias que sugerem importante papel dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro. Bomar (2004) destaca quatro abordagens para a prática da enfermagem familiar: o indivíduo como cliente e a família como contexto (a criança é o foco e a família é o ambiente onde a criança está inserida); a família como cliente (a família é a unidade de cuidado analisada na sua totalidade); a família como sistema (as intervenções dirigem-se para a unidade familiar e para os subsistemas, como por exemplo, mãe-filho, e individualmente para cada membro da família); e a família como componente da sociedade (a família é um componente da sociedade). De um, ou outro modo, para intervir na família, os profissionais precisam estar preparados para manejar com os problemas da criança com doença crônica e como essa situação é encarada e vivenciada na família. Kim-Godwin (2004) aponta que as intervenções dos

profissionais direcionam para os problemas nos papéis familiares que inclui remodelar, negociar, compartilhar e reverter papéis.

Comentando a gestão do cuidado à criança na ABS os profissionais revelam que esse cuidado é bastante pressionado pela demanda gerada por processos patológicos. A forma de gestão apresentada a partir das falas volta-se para o controle e para tarefas burocráticas, imprimindo direcionalidade do trabalho na realização de tarefas e procedimentos. As conseqüências desse modelo segundo Merhy (1997b) podem ser percebidas pelo caráter curativo que o distancia da integralidade do cuidado Reproduzindo o modelo médico-centrado ligado ao processo saúde-doença como referido nas falas abaixo:

*Todos os dias, todas as semanas só atendo criança doente, por menos grave que seja o problema da criança, mas esse problema precisa de uma orientação médica, na maioria das vezes porque é medicamentoso. Não acho que seja possível, nessa nossa realidade aqui, deixar de atender toda essa demanda de doentes. (Diogo)*

*A demanda de crianças doentes é tão grande que as vezes tenho dúvidas se estou num pronto-atendimento ou no PSF. Aqui tem de tudo que é problema de saúde. Cada dia aparece aqui crianças com doenças crônicas, neurológicas, aumentando muito a demanda por consulta médica. Quando digo consulta médica é porque são problemas que exigem intervenção médica, com prescrição de medicamentos mesmo. São crianças e crianças doentes. O meu trabalho é com criança doente. A criança sadia fica em casa, vai para escola e lá eu não chego [...] não tenho como sair daqui da unidade. O que eu acho que faço é tentar tratar diminuindo os riscos de morte. (Daniel)*

*Se chegar na recepção e falar assim: olha vocês podem marcar 50 crianças amanhã, pode ter certeza que terá 50 crianças para ser atendida. O que significa que temos sempre crianças precisando de atendimento e que não somos capazes de alcançar a demanda. Essas crianças vão parar nos pronto-atendimentos, nas emergências. Hoje essa criança vem com pneumonia, no próximo mês ela volta novamente com a mesma queixa e assim vai...não conseguimos quebrar essa corrente. (Denise)*

Essa ampliação da demanda de que falam os participantes pode ser compreendida pelo aumento das necessidades de saúde decorrentes das mudanças do perfil epidemiológico, da maior incidência de doenças crônicas e metabólicas, mas também da expansão do sistema de saúde. No entanto, para Merhy (2002) o modelo médico-hegemônico diminui e empobrece a dimensão cuidadora do trabalho

em saúde. Essa condição tem construído modelos de atenção com pouca ou nenhuma responsabilização pelo sofrimento e pela continuidade do cuidado. Os profissionais atendem sempre as mesmas crianças com os mesmos problemas criando um círculo vicioso e de pouca autonomia. No entanto, os profissionais de saúde têm potenciais para intervir no processo saúde-doença a partir da dimensão cuidadora (Idem). A esse potencial ele denomina de “núcleo cuidador”, que operando com as tecnologias leves deverá se impor favorecendo a redução das relações dominadoras comuns no modelo médico-centrado. O autor nos faz um convite para ficarmos atentos à condição de que todo profissional, independente do papel que desempenha, é sempre um operador do cuidado.

A idéia central de não perder oportunidades de atuação nos níveis da promoção, da prevenção e da assistência é às vezes menos importante nos atendimentos como relatado pelos profissionais:

*A mãe com uma criança doente ela não quer saber de vacinas, por exemplo, o mais importante pra ela naquele momento é resolver o problema de saúde do seu filho. Estamos sempre deixando em segundo plano as ações de promoção e de prevenção. (Diana)*

Reproduzindo o modelo médico-centrado os profissionais deixam de atuar sobre a totalidade das necessidades da criança e limitam suas ações estritamente no interior das unidades de saúde utilizando como instrumento a intervenção na doença desarticulando-a do processo de viver da criança. O cuidado à criança é representado por uma série de tarefas quantificáveis e, o trabalho cessa à medida que as tarefas estão sendo cumpridas.

Dessa forma e, Apontando mecanismos reguladores do trabalho, os profissionais investigados pareciam lutar para sobreviver entre dois mundos: o mundo profissional caracterizado pelo discurso (do desejo) e o mundo da prática caracterizado pela realização de tarefas para atender a exigência da produtividade mensal e assim garantir o financiamento da saúde. Temos aqui duas características da gestão do cuidado: a normatividade das ações e a quantificação das tarefas.

Para Guizardi et al (2006) há uma presença marcante de artifícios normativos nas políticas de saúde ao mesmo tempo em que existe resistências profissionais que se revelam no cotidiano dos serviços. Nas falas abaixo é possível compreender as dificuldades que se colocam entre normas/protocolos estabelecidos



na gestão do cuidado e as necessidades das crianças:

*[...] aqui no PSF para tudo tem norma, tem protocolo, as nossas atividades são definidas independente de onde trabalhamos e com quem trabalhamos. Eles colocam todo mundo dentro de um perfil como se as pessoas fossem iguais, adoecessem da mesma forma e como se nós pudéssemos tratar as pessoas sempre do mesmo jeito. Eu não posso tratar uma pneumonia sempre da mesma forma, com aqueles antibióticos que estão ali definidos. [...] os protocolos são assim um quadradinho que nos aprisiona, desconsidera o nosso conhecimento, as nossas experiências e as necessidades reais das crianças que estão na minha frente e da família. Existem situações em que não é possível enquadrar a criança naquilo ali. Mas as normas são feitas assim, para o que é normal, regular, não para as especificidades. (Diogo)*

As atividades normatizadas e técnico-burocráticas, onde via de regra, a preocupação está mais voltada para a produção quantitativa, de aparência imediata, que para resultados qualitativos e duradouros (BAPTISTA, 2001) se explicam pela preocupação de transformar o modelo assistencial a partir da integração das práticas clínicas e sanitárias. (GUIZARDI et al 2006). No entanto, os profissionais mesmo “sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle gerem e configuram a assistência prestada ao escolher agir numa ou noutra direção” (Idem, p. 23). Agindo assim os profissionais buscam e desenham novas possibilidades para o cuidado à saúde da criança, o que é possível identificar nas falas dos participantes da investigação:

*Imagina se o meu fazer aqui fosse sempre para atender as normas, as determinações. [...] nós vamos meio que transgredindo... fazendo assim e não daquele jeito, negociando, pensando na melhor forma para aquele caso específico. Mas isso também é difícil de fazer porque para a produtividade o que é exigido são as coisas que estão na norma. (Cecília)*

*A rotina tem o seu caminho, mas que é preciso ser rompido, interrompido, quebrado, modificado continuamente, se não vamos entrar naquela da fábrica. Por mais que as rotinas sejam flexíveis, elas precisam ser questionadas, mudadas, porque o objetivo delas é fornecer um balizamento para a normalidade. (Carmen)*

Essas escolhas de que falam os participantes ficam entre o prescrito e o instituído que se convertem em atos e ganha materialidade no direito à saúde. Aquilo que é legalmente estabelecido nem sempre corresponde ao fazer dos

profissionais no cuidado à criança.

Bertussi e Almeida (2003) apontam que a gestão em saúde é produtora do processo de trabalho e, historicamente, caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades burocráticas visando ao preenchimento de relatórios de produtividade. Traduz-se como fim, alcançar o teto financeiro e produção de procedimentos para recebimento dos atos mensuráveis que dizem respeito à cura, enfatizando o modelo de atenção voltado mais para a doença do que para a saúde.

Apontando mecanismos reguladores do trabalho, no que diz respeito ao processo de gestão no PSF, os profissionais/participantes da investigação se sentem sobrecarregados em função da determinação normativa e da produtividade mensal, fatos que são revelados nas falas:

*Acho que a questão da sobrecarga de trabalho do profissional é um problema. Às vezes o profissional até tenta uma atenção diferenciada, mas não consegue porque ele tem que atender determinado número de pacientes, porque ele precisa apresentar uma produtividade. (Ana)*

*[...] somos chamadas, somos cobradas e ficamos presas no consultório porque é preciso atender a uma determinada produtividade, a Secretaria exige isso, sendo que se estivéssemos lá fora na comunidade, na escola teríamos melhores resultados. No entanto, temos por parte da Secretaria a cobrança da produção, acho até que isso reforça muito a questão do modelo curativo, da consulta, do remédio, infelizmente. É muito estranho, estamos numa equipe do PSF que a proposta é a promoção, é a prevenção da saúde, mas fazemos outra coisa. Às vezes isso nos angustia e isso é sempre colocado nas reuniões com a Coordenação. Parece que a resposta é sempre a questão da necessidade da produtividade, porque é isso que gera recursos. Há uma exigência dos programas da atenção básica em preencher planilhas específicas do SIS pré-natal, hiper-dia durante as consultas médica e de enfermagem, que devem ser entregues com a produtividade diária de atendimento. Essas planilhas são enviadas para as coordenações dos programas na SEMUS com o objetivo de gerar relatórios específicos. As notificações são atribuições da equipe e as planilhas somente o profissional médico e enfermeiro devem preencher no momento da consulta. Temos que informar os dados, preenchemos uma quantidade enorme de papéis, perdemos muito tempo com isso, com essas coisas, podendo estar mais próximo das famílias, da comunidade, mas infelizmente. (Camila)*

*Mas o PSF é ainda muito burocrático, é tanta burocracia, é tanto papel que eu não estou mais agüentando [...] apesar de reconhecer a importância dos dados, eles ajudam no planejamento das ações, no entanto, utilizamos pouco essas informações, e sobrecarregam o enfermeiro com atividades*

*burocráticas. (Cecília)*

*[...] o problema é o número de pessoas a ser atendida diariamente. Nós temos uma meta a cumprir que é de 16 consultas agendadas incluindo todas as faixas etárias e todos os problemas de saúde e mais a demanda, chega a 22 pacientes. É pré-natal, é tuberculose, é hanseníase, é hiper-dia, é criança, é diabetes... é muita coisa. E tem ainda toda a parte burocrática que fica mais com o enfermeiro da equipe. Eu acho que essa meta é muito exigida da equipe, são muitas consultas. [...] Eu me sinto um pouco dividida aqui no PSF tendo que atender a todas as faixas etárias, todos os problemas de saúde. E tem a meta [...] são 600 consultas por mês, então você tem que atender e atender... número, é número. [...] porque a meta estipulada e exigida para o médico é muito grande e impede do médico de fazer também a parte educativa, de promoção. Mesmo assim, sempre somos cobrados no Posto pela direção e a direção é cobrada pela Secretaria de Saúde pra nos dizerem que a produção tá baixa. Nunca nos chamam pra perguntar sobre os problemas da área, pra perguntar dos problemas que temos, não, nada... é só pra cobrar produtividade. Se o PSF tem como proposta o trabalho na família essa meta com esse número de atendimento me parece contraditório. (Darci)*

*Ainda ficamos muito envolvidas com burocracia, com mapas, com relatórios. Isso é uma cobrança muito grande em cima da enfermeira. Quem faz isso é o enfermeiro. E aí me questiono: isso é saúde da família? Saúde pública é você produzir números, é produção? (Claudia)*

*[...] essa pressão da Secretaria de atender tantos e tantos, isso é de deixar qualquer um maluco. Temos de um lado uma política que no papel privilegia a promoção da saúde, e do outro, uma multidão de pessoas doentes. Porque que só agora é que estamos conversando? Eu não estava brincando não, viste a quantidade de crianças que foi atendida por mim. Já são mais de meio dia. E eu cheguei aqui antes das oito. E é assim sempre. Me diz então qual é a prioridade: é ensinar o povo a lavar a mão ou conduzir esses casos que chegam todo dia na minha porta? (Diogo)*

Como se vê, a instituição tem o monopólio do objeto e dos recursos institucionais e define o objetivo do papel do profissional, determina o processo de trabalho e prioriza as ações e procedimentos centrados na dimensão biológica. Dessa forma o cuidado à criança na ABS configura-se em um atendimento/procedimento médico-centrado reafirmado pela cobrança institucional de procedimentos quantificáveis que dão sustentação ao financiamento da ABS. Este por sinal funciona como recurso estratégico do município em exigir dos

profissionais a produção de atos/procedimentos.

Por outro lado, é o modo particular, subjetivo, como o profissional elabora a sua situação na instituição, estabelecendo sua própria ordem de relevâncias, que vai dar o sentido ao seu trabalho. (BAPTISTA, 2001). Estabelecendo prioridades os profissionais procuram organizar o processo de trabalho muitas vezes na contramão do instituído.

Estabelecendo prioridades significa “separar” entre as crianças aquelas que a equipe terá cuidado especial seja por condições patológicas; comprometimento do processo de crescimento e desenvolvimento; necessidade de apoio familiar em procedimentos terapêuticos decorrentes de doenças crônicas; e de dificuldades relacionadas à estrutura e familiar que podem colocar em risco o crescimento, o desenvolvimento da criança e a proteção da saúde. Estas prioridades do cuidado à criança encontram-se na fala a seguir:

*Com todas as dificuldades daqui nós procuramos estabelecer algumas prioridades no cuidado a criança. Nós fazemos isso com muita dificuldade mesmo, porque a forma como somos cobrados só faz pensar que a gente tem que ficar aqui atendendo e atendendo. Existe na comunidade crianças e famílias que precisam de uma atenção especial, nós precisamos ficar mais próximas delas. Temos crianças que sofreram violência, abuso, então elas são prioridade. Crianças com doença crônica, crianças que são alimentadas por sonda, que precisam trocar a sonda, crianças com baixo peso, crianças prematuras, são muitos os casos. São algumas situações que nós priorizamos [...] fazemos um exercício para ficar mais próximas dessas famílias, apoiando, ajudando, indo mais vezes do que o determinado pelo PSF (que é 1 visita por família) nas casas das famílias. (Célia)*

Estabelecendo prioridades não significa somente garantir acesso a consultas médicas ou a recursos diagnósticos, mas prioridades para visitas domiciliares; para atendimentos rotineiros na unidade de saúde como, por exemplo, daquelas crianças com retornos freqüentes pela mesma queixa; crianças de famílias numerosas, de pais desempregados, alcoolistas ou usuários de outras drogas, pais presidiários, ou àqueles casos em que houve relato ou identificação de abuso ou violência família. São esses, alguns exemplos para estabelecer prioridades no cuidado à criança. O cadastramento de famílias do PSF configura-se como instrumento para o planejamento e estabelecimento de prioridades no cuidado à criança. O planejamento de atividades em saúde a partir da definição de prioridades é recurso

estratégico para otimizar os recursos humanos e evitar a dispersão de atividades as quais a equipe não pode responder sistematicamente ao problema. (GOFIN, GOFIN, 2007).

Franco e Merhy (2003) defendem que o autogoverno do trabalhador sobre o modo de fazer/produzir saúde, em grande medida, é o que determina o perfil do modelo assistencial, agindo como dispositivo capaz de viabilizar processos de mudanças na organização do cuidado. Na equipe, Fazendo juízo profissional é como se fosse instrumento para acomodar as mudanças necessárias para organizar o processo de trabalho. As falas e os significados construídos pelos participantes denunciam assimetrias profissionais, na maioria das vezes, sofridas, dicotômicas e divergentes:

*[...] o nosso profissional, em especial, o médico pela questão da formação, pela cultura de que o trabalho do médico é tratar as doenças temos algumas dificuldades, pois o profissional médico é o que apresenta maiores problemas no trabalho em equipe e na relação com as famílias. Eles têm dificuldades de estarem próximos da comunidade. (Bianca)*

*[...] o profissional médico não foi formado para ser generalista, o profissional de medicina é formado para ser especialista; o médico não é formado para trabalhar em equipe, ele é formado para trabalhar com pares que gozam com eles do mesmo perfil fragmentário de atenção. (Bernardo)*

*[...] no PSF tudo é responsabilidade da enfermeira, tudo é a enfermeira quem faz. Se tiver treinamento quem vai é o enfermeiro, os treinamentos são para o enfermeiro. Quem responde por todos os programas é o enfermeiro. Porque isso? Porque o enfermeiro é o profissional que fica na unidade, é quem se esforça para as coisas acontecerem. [...] quem se doa mesmo para o PSF é o enfermeiro. (Claudia)*

*[...] o médico não faz os testes (fala de um caso de hanseníase) manda para o enfermeiro fazer. Eles não fazem porque não querem notificar. Eles acham que esses procedimentos não são para o médico fazer, na opinião deles, médico é para fazer diagnóstico e tratar. E isso eu não concordo e são atitudes que comprometem o trabalho, o atendimento e a resolutividade do problema, retarda o tratamento. Tudo por falta de vontade, de compromisso também. Falta mesmo é compromisso, falta responsabilidade do profissional. Vamos morrer brigando com esse povo por conta desse tipo de atitude. Mas o médico não quer parar para examinar. Não quer levantar da cadeira preparar o material e fazer os testes que forem necessários. [...] pra ele o negócio é encaminhar. (Célia)*

*O maior problema ainda é o médico. Considero que o médico ainda não tem perfil para o trabalho no PSF. Ele se recusa a*

*atender porque não é pediatra, porque a formação dele não é aquela e tudo termina nas mãos do enfermeiro. Às vezes percebemos que o atendimento médico não atende às necessidades da mãe e da criança, não é satisfatório, elas saem da sala do médico e entram na nossa e dizem mesmo que não querem mais ser atendidas pelo médico porque eles não falam, não conversam, não examinam a criança. Percebo que nós enfermeiros temos mais habilidades para lidar com a proposta do PSF, desse trabalho mais de perto com a criança e com a família. Na consulta médica eles não tocam na criança, não conversam, não respeitam as mães, tratam mal as mães. O enfermeiro vem muito mais preparado para atuar na Atenção Básica do que o médico e o dentista. Na verdade o médico não vem preparado e não sei se eles querem, se eles desejam fazer diferente, se querem mudar. (Célia)*

*O que mais ouço falar, principalmente dito por enfermeiras, é que médico não cuida, que médico não contribui para o trabalho no PSF, que as mães estão sempre reclamando dos médicos, coisas desse tipo. [...] Tudo aqui é centralizado na enfermeira, tudo fica na sala da enfermeira. [...] eu não tenho nada aqui na sala que não seja a mesa, duas cadeiras – quando tem -, estetoscópio, tensiômetro, e os papéis. Tudo o que eu preciso além disso, preciso ir lá na enfermeira para pedir. A estrutura e como pensaram organizar o serviço é essa. É como se eles me dissessem: olha aqui tu senta, atende os pacientes [...] aqui o receituário e pronto. [...] o resto é tudo com a enfermeira. O médico tem uma formação muito técnica, centrada na doença, é isso mesmo, não digo o contrário, é essa a nossa formação. Por outro lado as enfermeiras recebem uma formação diferente do médico. (Diogo)*

*[...] como o pediatra é um clínico geral eu acho que a pediatria tem essa facilidade, os pediatras tem mais sensibilidade, parece que estão mais afinados com o PSF. [...] Acho que os pediatras se integram mais fácil no PSF que as demais especialidades. Talvez seja mais fácil pra mim pelo fato de ser pediatra. (Darci)*

*É preciso ter jeito para consultar criança, não é? Não é todo doutor que sabe, que gosta. [...] eu já trabalhei em casa de família e tinha criança, dois, e a dona, a primeira coisa que ela me perguntou quando fui trabalhar lá era se eu gostava de criança. Se eu dissesse que não gostava ela não ia me querer não é? Pois deviam perguntar para os médicos se eles gostam de criança. Porque assim, se eu souber que não gosta eu nem venho, mas a gente não sabe, a gente consulta com o que tem aqui. Eu agora já sei... antes de consultar eu pergunto logo como é o doutor. (Eliana)*

Fazendo juízo profissional revela-se pelo processo de trabalho fortalecido pelo modelo médico hegemônico. Suscita um duplo combate: da racionalidade

hegemônica da gestão (produção de atos e procedimentos) e da racionalidade médica centrado na doença e nos recursos diagnósticos. O trabalho em saúde, fundamentado na racionalidade biomédica, expressa as diferentes ferramentas tecnológicas de intervenção utilizadas pelos profissionais, muitas vezes, isoladas e concorrentes dificultando as relações no cotidiano do trabalho e moldando as práticas em saúde. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho determinam a sua qualidade, pode favorecer ou dificultar o trabalho em equipe e as possibilidades de mudanças no desenho tecnoassistencial em saúde.

O modo de organização do trabalho em saúde pode desencadear percepções diferentes quanto às finalidades das ações e atividades de cada profissional na equipe. Divergindo quanto às finalidades do cuidado revela que para as enfermeiras o cuidado objetiva promover a saúde e o bem-estar da criança utilizando os recursos da família e negociando possibilidades para melhores práticas de cuidado:

*O cuidado da enfermeira tem a finalidade de promover a saúde. [...] e quando o problema da criança é a doença o cuidado do enfermeiro tem o objetivo de reduzir danos, diminuir o sofrimento, apoiando, ajudando, colaborando com a mãe e com a família. (Carmen)*

*O cuidado do enfermeiro é muito amplo. [...] é atender as necessidades da criança. [...] o preparo do enfermeiro tem esse objetivo. (Bruna)*

*[...] ter tempo para apoiar a mãe nas dificuldades, principalmente com o recém-nascido. Quando eu dou apoio, quando eu ajudo, quando eu ensino, eu estou cuidando. (Célia)*

*Eu cuido dando atenção à mãe e à criança, conversando e permitindo que a criança fale [...] essa conversa com a criança é interessante porque ela é capaz de dizer coisas que orientam o nosso cuidado. Estou cuidando quando a mãe entra na minha sala e eu procuro um lugar para ela deixar as coisas dela, quando cumprimento no corredor [...] providenciando uma cadeira para a mãe sentar, para o outro filho que ela traz porque não tem com quem deixe. [...] cuidado é essa coisa mesmo do respeito. (Camila)*

A enfermagem afirma seu papel cuidador e o cuidado como essência da profissão. Leininger (1988) define essência como um constituinte necessário ou atributo essencial que torna uma coisa ou ato naquilo que ele é. É atributo de valor. Por conseguinte, se a essência é perdida, a coisa ou o ato deixa de ser o que era.

Assim, a essência da enfermagem é o cuidar, e, se não houver cuidado, não há enfermagem. (LEINNINGER, 1988).

As finalidades do cuidado para as enfermeiras são alcançadas dedicando tempo, prestando atenção, ajudando e apoiando a mãe nos cuidados com a criança. Para as enfermeiras, as finalidades do cuidado são determinadas no fazer cotidiano com mães, crianças e família. São atitudes que não se restringem a atos/procedimentos. Significa zelar pelo outro o que demanda atenção, interação, responsabilidades, competências e dedicação. Cuidar para as enfermeiras é conversar, escutar, ficar atento e acolher a criança e a mãe em um ambiente alegre e lúdico. Portanto, cuidar é preocupar-se com o ambiente. Significa desenvolver a criatividade para aproximar o ambiente da unidade de saúde ao mundo da criança:

*É uma característica da enfermeira [...] preparar a sala e deixar arrumadinha para a criança. Eu trouxe para cá esses quadros, trouxe esses brinquedos. Quando as crianças chegam, eu providencio papel, lápis, canetinhas. Essa é finalidade do cuidado. Mesmo que aqui eu atenda a todas as faixas etárias, esse toque agrada a todo mundo. (Cecília)*

Por outro lado, os médicos limitam as finalidades das suas intervenções a identificar e diagnosticar corretamente distúrbios biológicos e prescrever tratamento adequado. Para os médicos, a concepção de cuidado surge como ação simplificada e redutora na atenção à criança, pois seu papel se desloca para a dimensão da doença e da medicalização. Destacam a preferência pelos problemas orgânicos e pelos aspectos curativos:

*O médico é preparado para utilizar adequadamente os conhecimentos científicos, técnicos para identificar e tratar adequadamente as doenças. (Denise)*

*Eu cuido de uma criança quando eu ausculto e dou o diagnóstico de pneumonia. Eu cuido quando eu prescrevo o antibiótico, [...] quando eu digo para mãe o problema da criança [...] isso para mim é cuidado. (Diogo)*

Olhando com mais atenção para os dados compreendemos que as finalidades do cuidado se distinguem entre as especialidades médicas. Para os pediatras da nossa investigação essas finalidades se dirigem para uma dimensão cuidadora e se afastam da racionalidade biomédica:



*Eu compreendo que cuidar da criança não se resume a doença. O cuidado à criança deve ser direcionado para a saúde. (Darci)  
A criança não é só doença mesmo que ela esteja doente. Eu considero, no meu modo de ver, que essa é a maior dificuldade do médico no PSF [...] é olhar sempre para a doença. (Diana)*

As mães salientam as diferenças e finalidades dos atendimentos entre enfermeiros e médicos no cuidado aos seus filhos quando dizem que:

*Quando eles são pequenos a gente traz todo mês para a enfermeira pesar, medir e tomar as vacinas. [...] quando algum deles tem febre, tosse, essas coisas assim eu trago para o médico. (Elisa)*

*A gente vem aqui para trazer as crianças para vacinar e para a enfermeira olhar se ele vem crescendo direitinho ou então quando ele tem alguma coisa, ele não quer comer, tem gripe eu marco com o médico. (Elisabete)*

As situações advindas da organização e da gestão do cuidado exigem que os profissionais assumam uma posição. Dentre as várias posições que podem assumir, existe a mais fácil e menos comprometedora que é ser/estar neutro. Não querendo ser e fazer diferente o profissional pode aderir à forma estabelecida do fazer. Aceitando rotinizar o trabalho é acomodar-se, mas pode significar uma conseqüência da divisão parcelar do trabalho e da dificuldade de um trabalho coletivo. Não querendo ser e fazer diferente alguns profissionais optam por aderir ao estabelecido. Aceitando rotinizar o trabalho se relaciona, segundo as falas abaixo, um descompromisso com a realidade social:

*Olha é tanto problema que a melhor coisa que eu faço é ficar quieta no meu canto. Chego aqui caladinha, faço meu serviço vou embora e pronto. Não adianta gritar, falar, brigar... as coisas não mudam. Eu sei que não consigo mudar, não vejo no que eu possa mudar. (Carmen)*

*Tentar fazer diferente aqui é se expor. Criam-se inimizades e não estou aqui pra isso. É bater de frente com muita coisa, com outros colegas, com a própria estrutura. Vejo colegas que cada mês é lotado numa unidade diferente porque faz exigências, entra em desacordo com a Direção. Eu não quero isso pra mim. (Denise)*

Ousamos pensar que pelo diálogo, pelas relações e pelas interações é

possível superar a prática parcelar de profissionais e com eles romper os limites impostos pelo cotidiano e pela neutralidade. É desafio ético que inclui as subjetividades a partir das escolhas individuais feitas por cada profissional para direcionar as práticas organizacionais e a elaboração de compromissos indispensáveis ao cuidado. São opções que estão muito além das normas e do instituído. É construção ética, é compromisso pessoal que se cria, abandona, recria de acordo com as opções e decisões pessoais. Portanto, podem estar fora dos bancos da universidade.

#### **4.1.4 Categoria 4: Qualificando o cuidado à criança**

Na produção do trabalho em saúde a grande questão não é quanto às finalidades, mas o modo de alcançá-las, considerando que o trabalho em saúde produz certo modo de cuidar que poderá ou não ser curador ou promovedor de saúde. (MERHY, 1999). O autor exprime que todo processo de trabalho em saúde, para produzir cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de certo modo de cuidar que não é necessariamente “cuidador”.

Podemos pensar que a abordagem na saúde se constitui em espaço de intervenção de sujeitos que podem exercer o seu trabalho conforme seus modos de compreender e atribuir sentidos ao seu fazer, ao seu agir. O certo é que em um sistema de saúde os profissionais produzem modos diferentes de cuidado e de cuidar. Portanto, os modos de cuidar e de produzir cuidados vão se delineando e sendo percebidos por quem produz e por quem os recebem. Não como uma classificação linear do cuidado, mas como processo mutável e possível de ser reconstruído a cada encontro **Qualificando o cuidado à Criança**.

Do ponto de vista dos participantes da investigação o cuidado se manifesta nos modos de cuidar e que se conformou em cinco subcategorias:

VENDO O CUIDADO DIFERENTE

FALANDO DO CUIDADO DESIGUAL

COMENTANDO SOBRE O CUIDADO “INVISÍVEL”

CARACTERIZANDO O CUIDADO INTEGRAL

ATRIBUINDO VALORES AO CUIDADO

Cuidar indica uma maneira de ser e de se ocupar de alguém (WALDOW, 2002; HONORÉ, 2004), tendo em consideração as suas necessidades, os seus desejos. Cuidar tem a idéia de atenção. Vendo o cuidado diferente (conhecer/dedicar atenção particular) e Falando do cuidado desigual (prestar cuidados; julgamentos; não acesso aos serviços de saúde) colocam-se entre as dimensões do cuidado percebidas pelos participantes:

*Eu aqui me sinto em casa, todo mundo me conhece, sabem onde eu moro, como é que eu vivo. Conhecem meus filhos, meu marido, todo mundo. Aqui as pessoas sabem quem eu sou, e quem meu filho é. Eu sinto a diferença quando eu vou pra outro hospital, pra outro posto porque aí ninguém me conhece e a gente é assim uma pessoa estranha. Então eu gosto daqui por causa disso. Lá eu não sei o nome deles, eles não sabem o meu, não é? É diferente. Lá no hospital eles acham que a culpa dos filhos da gente adoecer é da mãe. Elas dizem que se o menino tá assim é porque a gente não leva no médico essas coisas. (Emília)*

*Eu vejo que no PSF existem duas coisas que são importantes em relação ao cuidado a criança. Uma é que nós identificamos nas visitas domiciliares que as mães cuidam, apesar de todas as dificuldades, e isso afasta aqueles julgamentos que às vezes nós fazemos quando não conhecemos. E outra coisa é que as mães percebem que estamos interessadas na saúde dela e dos filhos. Isso faz do cuidado aqui ser diferente. (Camila)*

*Aqui é assim, se eu venho da feira e vejo o carro da doutora na porta, eu já entro, já falo com ela, com as pessoas, se tiver sentindo alguma coisa, eu já falo, é bom porque a gente pode fazer isso. E eles falam, só se eles estiverem muito ocupado, que aí não pode mesmo. Eu só faço isso aqui porque todo mundo me conhece. Outro dia eu levei o ... (filho) pra consultar com uma médica neurologista, e quando chegou a vez dele a moça chamava o nome dele bem alto e eu tava bem pertinho, mas como ela não conhecia... aqui não precisa nem chamar assim, eles dizem logo entra. É assim. Eles conversam comigo, diz o jeito de fazer as coisas direitinho. Em outro hospital eles nem falam com a gente, tratam mal as pessoas. (Elisa)*

*Eu consigo marcar uma consulta quando um dos meus filhos precisa, mas quando é problema de doença mesmo tudo fica mais difícil, porque não tem vaga nos hospitais e a gente fica correndo de um lado pro outro sem saber o que fazer. As pessoas não querem nem saber, não tem pena da gente, nem dos filhos da gente. Aqui no posto é diferente. Outro dia a enfermeira e a médica ficaram comigo aqui até quase de noite porque a febre do [...] não baixava, elas ficaram comigo, conversaram comigo, arranjam remédio. (Elisabete)*

*[...] conseguimos visualizar bem mais, além do que se esse atendimento estivesse restrito ao atendimento isolado, fechado*

*em uma sala, em um consultório. Conseguimos olhar essa criança mais completamente do que aquela coisa isolada. O PSF ajuda muito porque permite olhar essa criança de uma maneira mais completa, até pela proximidade com a casa e pela convivência da equipe com a família. Isso faz a diferença. E aí as famílias passam a nos enxergar como amigos, não só como profissional que só ajuda na hora da doença. Tanto que muitas pessoas vêm aqui no Posto pra conversar problemas pessoais com a gente. (Camila)*

Estas questões parecem colocar em evidência que o cuidar tem uma intenção que é a de reparar, a de aliviar, a de satisfazer, a de educar, a de informar. O que parece que cuidar tem a ver com o fazer o que é bom (**cuidado diferente**). Então existe o cuidar mal? Para Honoré (2004), cuidar mal (**cuidado desigual**) não é a negação da ação de cuidar, mas a sua inadequação. Para ele, apesar de haver a preocupação e a ocupação do cuidado, a ação não é boa. Indo mais além, o autor descreve algumas situações: a primeira é a diferença entre tomar cuidado e prestar cuidado. Tomar cuidado é no sentido de dedicar uma atenção particular à pessoa em uma situação particular com o objetivo de promover a sua saúde (**cuidado diferente**). Prestar cuidados parece limitar-se aos atos que requerem um saber fazer baseado em conhecimentos e técnicas precisas (**cuidado desigual**) e tem o sentido de “fazer o que se sabe fazer para tratar uma doença tendo em vista a sua cura”. (Idem, p. 22).

Vendo o cuidado diferente e Falando do cuidado desigual foi revelado como tensões entre os níveis do sistema de saúde - ABS e hospital -, por exemplo. Refletiram que aspectos significativos do sistema de saúde baseados na equidade ficam à sombra em um funcionamento desigual dos cuidados de saúde à criança.

Falando do cuidado desigual é atribuído também no momento em que as dimensões relacionais se afastam das relações de cuidado. Valoriza o saber técnico e as regras institucionais do que as atitudes de escuta e acolhimento no momento do encontro para a produção do cuidado. O “diálogo e a escuta foi colocada em segundo plano para dar lugar a um processo centrado nas regras instituídas como se fosse um fim em si mesmo”. (REZENDE, 2007, p. 129).

Por outro lado, a forma de organização do PSF favorece a quebra de certas hegemonias na saúde, facilita o processo de interação entre profissionais e famílias/comunidade gerando horizontalidade nas relações o que pode fazer com

que as mães sintam-se mais a vontade para falar dos seus problemas e das suas dificuldades.

Acreditamos que a saúde como ausência de doença é uma idéia superada, no entanto, a atenção à saúde nos seus aspectos subjetivos pressupõe transformações. É bem possível que, no futuro, a diferenciação entre os cuidados centrados na cura e os cuidados centrados na pessoa não faça mais sentido para caracterizar as missões profissionais específicas. (HONORÉ, 2004).

Comentando sobre o Cuidado “Invisível” manifesta-se em pequenas atitudes, gestos, atos do cotidiano, em especial, realizados pela enfermeira:

*Eu acho que o cuidado não precisa ser uma grande coisa, tem essas coisas pequenas que tem um valor imenso. Aqui no Posto na nossa relação com as mães isso acontece diariamente. E são coisas que nós fazemos que não é quantificado, não tem como eu registrar na produtividade e fica assim como um cuidado invisível. Quando eu vou fazer a produtividade aquilo que realmente a enfermagem faz de cuidado não tem como registrar e a gente tem a sensação de que não fizemos nada apesar do dia ter passado e a gente não ter parado. Então eu acho que é um sistema que não serve para o cuidado da enfermagem. Não sei se a secretaria se preocupa com o cuidado, se o que eles querem é a produtividade em número. (Carla)*

O deslocamento das atividades do Saúde da Família para a produção de procedimentos foi discutido na subcategoria - Apontando mecanismos reguladores do trabalho -, que entre outras limitações impõe um agir isolado dos profissionais. No que tange às práticas, esse sistema de registro, exclui o cuidado como prática do enfermeiro nas atividades diárias de atenção à criança e é caracterizado como “cuidado invisível”. As ações são realizadas, mas dado o caráter subjetivo do cuidado, o enfermeiro não encontra formas de registro no sistema disponível nas Unidades de Saúde da Família.

O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2004) foi desenvolvido como instrumento de gestão da saúde pelo Ministério da Saúde e tem sofrido algumas alterações sem, no entanto contemplar as práticas de enfermagem na saúde coletiva. Por meio do SIAB são obtidas informações sobre cadastro das famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, **produção** e composição das equipes de saúde. O SIAB é para o MS o principal instrumento de monitoramento das ações do SF com o objetivo de fornecer informações que

subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, tornando públicos os dados para uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS.

São informações epidemiológicas que visam também o financiamento da saúde no município. Não há no município de São Luís – MA, um sistema de registro de práticas de enfermagem na ABS. No SIAB são registrados procedimentos quantificáveis. No entanto, a necessidade de definir e registrar a prática de enfermagem é uma necessidade - deveria ser uma prioridade -, utilizando uma linguagem específica da profissão.

Vale ressaltar que desde a década de noventa existe uma mobilização mundial para a sistematização da linguagem específica da enfermagem. No Brasil, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem se articulado e empenhado esforços para a consolidação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. Em 1996 foi publicada a versão alfa da CIPE seguida em 1999 pela publicação da versão beta e em 2002 pela versão beta 2. Os objetivos da CIPE, entre outros, é identificar um vocabulário especial e desenvolver um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática. (ABEn, 1996). Além da CIPE, a ABEn desenvolveu a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) com a finalidade de revelar a dimensão, diversidade e amplitude das práticas de enfermagem no contexto do SUS, visando um sistema de classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva. A CIPESC, entre outras questões, tem como proposta dar visibilidade às ações de enfermagem no âmbito nacional e internacional.

Caracterizando o cuidado integral significa tomar a criança como totalidade envolvendo referenciais com os quais os profissionais se confrontam subsidiando alternativas e encaminhamentos para a saúde infantil. Os esforços são dirigidos para o agir profissional sustentado no vínculo e na aproximação da equipe com a família, com a criança e com comunidade, capazes de assegurar o desenvolvimento de responsabilidades e de modificar o processo e as relações de trabalho.

Os diferentes modos de cuidar e de cuidado acompanham o movimento no qual Caracterizando o cuidado integral é entendido pelos participantes da investigação a partir de quatro dimensões: como a abertura dos profissionais para atender outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença; o cuidado

integral como direito da criança; o cuidado como dimensão humana e o cuidado integral como acesso a todos os níveis da assistência:

*[...] cuidado integral são os muitos olhares e olhares amplos, pois a integralidade vai além da queixa clínica que a criança apresenta. Esse momento de encontro com a criança e a mãe ou a família por motivo de doença deve ser enriquecido por esse olhar mais amplo, um momento para olhar a criança como um todo, independente da queixa. (Alice)*

*Integralidade do cuidado à criança é atenção como um todo, tanto no que diz respeito aos aspectos de crescimento e desenvolvimento como aqueles relacionados às alterações físicas incluindo as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Agora, isso não pode ser dirigido somente à criança é preciso incluir a família nesse cuidado. Porque não adianta o profissional atender a criança, cuidar dela se não orientar a família para que assim possa manter esse cuidado em sua casa. A integralidade caracteriza-se também pela compreensão de um cuidado mais amplo dirigido à criança, à família e ao ambiente. Não é possível resolver os problemas de saúde ou de doença da criança sem considerar esse aspecto de forma mais ampla. O profissional deve orientar, prestar o cuidado, resolver o problema ou pode encaminhar a criança e a família para outro profissional, para outro serviço, o mais importante é a capacidade dos profissionais de oferecer respostas, isto é, uma conduta mais resolutiva que envolve responsabilização do profissional, da equipe e da instituição. (Betânia)*

*[...] o significado da integralidade é a visão o todo. Nesse caso a criança é vista por inteiro, como um sujeito de direitos, uma criança que chega no serviço para um atendimento específico, ela precisa ser observada em todos os outros aspectos, por exemplo, veio consultar por uma otite, mas é possível avaliar a vacina, o crescimento, o desenvolvimento, porque não aproveitar essas oportunidades? São estas oportunidades perdidas que precisam ser recuperadas para o atendimento integral. Oportunidade onde os diversos aspectos sejam vistos: promoção, proteção, assistência e sempre com vistas a continuidade desse cuidado. [...] criança tenha dentro desse sistema um fluxo onde ela possa ter acesso aos serviços de média e alta complexidade, isso tudo com referência e contra-referência. Necessidade dessa rede articulada que responda as necessidades da população infantil e de suas famílias, a integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, e de um sistema de referência e contra-referência. (Bianca)*

*[...] a integralidade como acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Acho que na saúde da criança a integralidade exige um conceito mais abrangente, porque envolve a criança, o seu cuidador e sua família. No cuidado à criança o profissional sempre deve ter a referência do cuidador e da família dentro do seu contexto. (Carmen)*

*[...] integralidade tem a ver com a resolutividade do serviço. A resolutividade tem a ver com a questão do ser humano. Porque muitas vezes a gente consegue resolver alguma situação de doença, mas não tem aquele estalo de olhar o outro como ser humano. Isso é muito mais além, de olhar e enxergar o todo, de olhar o outro como ser humano que eu posso resolver um problema de saúde, mas que não significa integralidade se eu não olhar o outro lado da pessoa humana. (Camila)*

*[...] a integralidade tem muito a ver com a humanização. Integralidade é ouvir, é assistir, é acompanhar, é compreender o outro em todos os aspectos e dimensões. Então uma das coisas importantes para a integralidade são as parcerias com a equipe, com os agentes, com as famílias, com a escola e com a rede. (Cecília)*

Caracterizando o cuidado integral pede por uma ação política de sujeitos individuais e coletivos numa combinação de saberes e técnicas para atender as necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança e não somente a doença; por uma articulação entre prevenção e assistência; por disponibilizar tecnologias de cuidado que envolva o atendimento individual, a família e a educação em saúde por meio de processos dinâmicos e participativos, atendimento domiciliar, visita domiciliar, ações de vigilância à saúde assim como todas aquelas que garantam o acolhimento.

Mas, não existe um sentido comum sobre o que seria o melhor para as diversas maneiras de agir. Da mesma forma que não se pode esperar da totalidade de profissionais a mesma dimensão do cuidado. Mas podemos pensar que sentido tem o cuidado para cada um de nós, interrogando os valores aos quais ele se refere.

Henderson (1989) refletindo sobre o cuidado, afirma que, embora a humanidade sinta as mesmas necessidades, a maneira de satisfazê-las depende de inúmeros valores e, que a percepção do cuidado a cerca de si mesmo, influi na capacidade de desempenhar a função do cuidar. Atribuindo Valores ao cuidado dá a idéia de fazer escolhas e nos remete a valorização da condição humana; qualifica o cuidar e amplia o olhar. Nesse olhar, as enfermeiras sentem necessidade de apoiar seus conhecimentos em outras disciplinas e com outros profissionais:

*Sinto necessidade de ter aqui na unidade uma assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, porque o meu conhecimento de enfermeira é pequeno se comparado com os problemas que as famílias trazem para cá. Eu acho que um trabalho com outros*



*profissionais e com outros conhecimentos é fundamental.*  
(Camila)

*Cuidar da criança é ser um pedagogo, um psicólogo, um professor, porque trabalhamos com a criança, com a mãe, com a família de uma maneira maior, ensinando. E para eu ensinar eu preciso aprender mais. Aprender mais para cuidar melhor.* (Célia)

Atribuindo valores ao cuidado é mostrar-se sensível com o problema do outro, com o sofrimento do outro. É emocionar-se:

*O cuidado, só a palavra cuidado, por si só, significa sensibilidade. Eu preciso da sensibilidade para me incomodar com o sofrimento do outro. E misturar cuidado e criança, parece uma mistura perfeita que acontece com sensibilidade.* (Cecilia)

*Na pediatria cuidando das crianças é emoção permanente, sorrimos, choramos, vibramos, ficamos tristes, é tudo isso. [...] são muitas emoções.* (Darci)

Atribuindo valores ao cuidado caracteriza-se pela capacidade do profissional de comunicar-se com o outro (criança/mãe/família) sem a atitude autoritária que muitas vezes ronda as relações de cuidar em saúde:

*A criança surpreende [...]. Outro dia [...] atendendo a uma criança [...] estava explicando para a mãe como fazer a limpeza do couro cabeludo da criança (ele estava com escabiose), ele ( a criança) vira e diz assim: porque a senhora não fala comigo? Sou eu que lavo minha cabeça (foi mais ou menos assim) [...] eu desmontei [...] desde esse dia eu sempre falo para a criança [...] para a mãe ouvir, mas o foco mudou porque essa criança me advertiu. Eu procuro falar com calma, com palavras que ela possa compreender, brinco, mostro como fazer, peço para ela fazer.* (Claudia)

*A comunicação é a nossa maior ferramenta. Falar para esclarecer e não para complicar, não é? Para orientar e não para assustar a mãe [...] falar com a mãe e a criança, porque posso falar usando a palavra, mas falo também com um afago, com um carinho, com o olhar.* (Darci)

Somos seres de comunicação e, na saúde, não podemos pensar agir sem o processo de comunicação: “para ajudar”, “para apoiar”, “para esclarecer”. É “ferramenta” para incorporar novos modos e novos comportamentos para cuidar e para o cuidado. Para Silva (2002) a comunicação adequada é aquela que tenta

diminuir conflitos para o alcance dos objetivos. Essa condição nem sempre existe nas relações profissionais e institucionais com mães e crianças:

*Eu fico chateada porque o pessoal daqui (da recepção) não fala direito com a gente. Elas não respondem direito. [...] a gente termina dizendo umas coisas, brigando não é? Ficando zangada. [...] os médicos não diz direito as coisas. Meu marido briga comigo porque ele diz que eu não sei dizer direito o que o menino tem [...] é porque eles não explicam [...] a gente pergunta mas eles ficam calados. (Eliana)*

A comunicação como valor é revelado nas queixas de profissionais e mães:

*Os atendimentos de maneira geral são curtos porque tem a coisa da demanda e da produtividade. Apressamos o passo para atender todo mundo e isso compromete a comunicação e a qualidade. (Cecília)*

*Terminamos atendendo um número maior de crianças e conseqüentemente o tempo de cada atendimento é muito curto. Se por necessidade da mãe ou da criança ela fica mais tempo na consulta vamos ter que correr com as seguintes. (Denise)*

*[...] foi tão rápido que ele consultou que eu fiquei assim sem entender [...] não entendia nada. Sair de lá sem entender nada. (Elisa)*

A pressa no atendimento se impõe como dificuldade para o cuidado à criança e para que o processo comunicativo se efetive. Os momentos de encontros das mães com os profissionais não podem se configurar como um encontro para buscar sintomas e queixas. Se assim o for, o cuidado nem sempre é eficaz, pois impede que a mãe se sinta à vontade para questionar e esclarecer dúvidas e necessidades.

No cuidado à criança, o processo comunicativo deve estar atento aos valores, opiniões e crenças da família, respeitando e considerando as diferenças. Desse modo a cultura como valor do cuidado emergiu das falas em uma permanente relação com o cuidado à criança:

*Trabalhar com a criança é provocar o encontro. Não só o encontro de pessoas, mas de culturas, de crenças e de modos de vida. (Betânia)*

*[...] cuidar pede para a compreensão do modo de vida das pessoas, das famílias, a cultura dessas famílias e as nossas também. Porque o mais difícil é esse choque entre a minha e a*

*das famílias. E com a criança, com os cuidados a criança, principalmente dos recém-nascidos temos muito para contar. Todos nós temos muitos relatos, o que significa que isso é muito presente. [...] Não sei se sabemos lidar bem com esses aspectos, tentamos. [...] as questões alimentares, os minguas, do leite fraco, do peito seco, o cuidado com o umbigo [...]. (Claudia)*

*Nós fazemos aqui um exercício para trazer para dentro da unidade essas experiências culturais da comunidade [...] essas experiências que as mães vivenciam lá fora. Conhecer as parteiras, as benzedeiras, as rezadeiras. [...] trazer como parceiras. (Cecília)*

Madeleine Leininger, baseada em conhecimentos da antropologia, desenvolveu a teoria Transcultural (LEINNINGER, 1995) cujo principal conceito é a cultura. Ao cuidar e observar crianças com transtornos mentais, a teórica, comparou comportamentos, estudou e determinou a importância e a influência da dimensão cultural no cuidado de enfermagem e em saúde. A partir daí, os seus escritos dirigiu-se a fundamentar o cuidado de enfermagem nos aspectos antropológicos.

Giger e Davidhizar (2002) compartilham o conceito de que a cultura é constituída por valores, crenças, normas e práticas formadas por membros de um mesmo grupo social. São valores que passam a guiar pensamentos e ações e são transmitidos de uma geração a outra. As crenças e práticas relacionadas à saúde são características da cultura (HELMAN, 2003), determinam os modos de cuidar e de viver. São aspectos que desafiam o agir dos profissionais, que buscam meios e modos de cuidar e de lidar com essa dimensão no cotidiano do cuidado em saúde da criança.

Os aspectos culturais “interfere no modo como o indivíduo se coloca no mundo e incluem o modo como ele promove a sua saúde e como busca caminho para a cura”. (CORTEZ, TOCANTINS, 2006, p. 804). As falas, acima apresentadas, demonstram que a cultura reflete nos modos da criança ser cuidada na família e na comunidade e, que, no cuidado à criança haverá sempre as marcas do saber cultural e do saber técnico-científico.

Atribuindo valores ao cuidado, as enfermeiras aliam conhecimentos técnicos aos aspectos relacionais que o cuidado exige. Destacam as dimensões psicológicas, afetivas e sociais para valorizar a condição humana. Especificam como valores para o cuidar o respeito pelo outro e pela dignidade humana. Para elas esses valores são

desenvolvidos no fazer cotidiano. É preciso ser exercitado.

#### **4.1.5 Categoria 5: Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades**

O cuidado à criança na ABS busca a articulação e a interação profissional na equipe, com as famílias e a comunidade para o desenvolvimento de ações que visam a cura, a reabilitação e a promoção da saúde. Esses objetivos embora claros e necessários, defendidos nas políticas de atenção à criança não são tão fáceis de serem operacionalizados no cotidiano das Unidades de Saúde da Família. Ao modelo médico-centrado, anteriormente discutido, onde há a substituição da complexidade da vida e da saúde pelo raciocínio clínico centrado no diagnóstico de doenças e na prescrição de medicamentos, somam-se outras dificuldades que caracterizaram esta categoria.

Compreendemos que cuidar integralmente da criança na ABS é uma conjuntura com muitos ingredientes que pode alterar as relações institucionais, profissionais e entre as mães, a família e a comunidade. Podem resolver as situações/necessidades trazidas pela demanda. Quando falamos de demanda não estamos relacionando ao número de crianças atendidas pelos profissionais nos turnos de trabalho, nem tampouco ao número de procedimentos realizados, mas pensando nas necessidades que crianças e famílias apresentam e, que pelo modelo de atenção adotado, às vezes, podem não estar sendo sequer identificadas.

**Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades** configura-se nesta investigação pela associação das seguintes subcategorias:

IDENTIFICANDO CONFLITOS

DIVERGINDO QUANTO A VISITA DOMICILIAR

DELINEANDO O TRABALHO NA AUSÊNCIA DO ENCONTRO

SENTINDO INSEGURANÇA

LIDANDO COM A FALTA DE ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE

FALANDO DA INEFICÁCIA DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Ao planejamento e a gestão do cuidado caberá lidar com a racionalidade técnico-científica e, ao mesmo tempo, com as dificuldades geradas pelas

competências, autoridades, autonomias e poderes de cada profissional. Portanto, pensar a integralidade do cuidado pelo trabalho interdisciplinar e em equipe é pensar na diversidade, nos processos de interação, conflitos e contradições.

Para os participantes da investigação Identificando conflitos decorre da diversidade de opiniões e posturas dos profissionais frente às competências e à colaboração de cada um no enfrentamento de situações de cuidado à criança.

Há um embate entre complementaridade, ampliação da autonomia e competição dos profissionais como revelado na fala:

*Outro dia, não tem a ver com criança, mas só pra te ilustrar como as coisas não estão nos trilhos: entra aqui no consultório um senhor, já conhecido nosso, da equipe, ele é hipertenso, diabético e naquele dia não estava se sentindo bem. Ele não tinha consulta marcada, mas atendi, examinei, verifiquei a pressão, estava bem alta... ele me disse que estava sem tomar o remédio [...]. E eu precisava saber como estava a glicemia do senhor. Pedi então que ele fosse até a sala da enfermeira pra fazer o teste e que em seguida ele voltasse aqui. Foi um Deus nos acuda. A sua colega veio de lá que nem um furacão. Disse que estava ocupada, que tinha lá não sei quantas gestantes pra atender, que se eu não podia fazer a glicemia que ela também não podia. Agora me diga, qual o problema da enfermeira ter feito a glicemia? Não podemos pensar que essa era uma atividade complementar e que tanto ela, como eu ou a auxiliar de enfermagem poderia fazer? Mas a forma como o serviço se organizou, essa atividade não é pra ser feita pelo médico. [...] Imagine que aqui é uma equipe com profissionais de formação superior, educados. [...] Os atritos existem porque eu acho que estamos perdidos sem saber muito bem o que fazer ou como fazer. (Diogo).*

Identificando conflitos revela a dificuldade em um profissional complementar o cuidado do outro, causada muitas vezes, pela baixa interação entre os membros da equipe. (TRENCH, PEDUZZI, 2000). A tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência dos profissionais. A complementaridade surge como uma questão/problema no cotidiano do trabalho. Todavia, o requerido para a eficácia e eficiência dos serviços seria a autonomia técnica aliada à articulação de ações. (RIBEIRO, PIRES, BLANCK, 2004). No entanto, o conflito existe em todo processo interativo, o mais importante para Michael e Brian (2003) é a capacidade de administrá-los.

A construção de um novo modelo de cuidado no sentido dos valores propostos pelo PSF pressupõe atividades e ações que são amplamente discutidas e

compartilhadas nos espaços de produção do cuidado.

Entre elas, a visita domiciliar, como atividade estratégica do programa inclui um conjunto de ações de caráter assistencial e educativo. Na visita domiciliar as condições de vida e moradia das famílias são identificadas e analisadas com o objetivo de adotar medidas de controle sanitário e epidemiológico. Com a implantação do PSF as visitas domiciliares além de estratégia para a atenção em saúde é uma atribuição de todos os profissionais da equipe. (BRASIL, 2001b). Os participantes Divergindo quanto a visita domiciliar relataram que:

*[...] não há a participação do médico da minha equipe nas visitas domiciliares. Ele acha que ele é desnecessário. A decisão dele é que ele não fará mais visita domiciliar. Mas a visita é atividade da equipe e não do enfermeiro. Eu também posso decidir parar de fazer as visitas? Não isso a enfermeira não pode. (Célia)*

*A gente sabe que alguns ACS vivem um “verdadeiro faz de conta”, não faz as visitas [...]. Estas são algumas das questões que dificultam o trabalho. E nós ficamos numa situação difícil porque tem o médico também que bate o pé e não faz mesmo a visita. (Claudia)*

*[...] tal dia a Kombi (carro que a secretaria disponibiliza para a realização das visitas) vem então nós vamos visitar seu fulano de tal. Porque nós vamos visitar seu fulano? Porque ele é hipertenso? Porque ele, se existem outros? Foi o escolhido. Então é assim a gente faz essas visitas para cumprir uma obrigação, mas não é uma visita planejada, não discutimos antes o caso da família pra saber o que fazer quando chegar lá. Resultado: a visita vira consulta no domicílio. Tá tudo errado. (Denise)*

*[...] é problema aqui a questão da visita domiciliar. Essa atividade precisa ser muito bem discutida na equipe e com a coordenação do PSF. O que se sabe é que nem o Agente de Saúde faz a visita. As mães chegam aqui e dizem: ah! Doutor a agente nunca mais apareceu. Mas existe uma pressão muito grande para o médico fazer a visita. Veja bem. Uma coisa é a visita a um paciente acamado, em estado terminal, impossibilitado de se deslocar até a unidade. Outra coisa é a visita a um recém-nascido normal. Para onde eu vou? Para o primeiro caso. O segundo que é o recém-nascido, tanto o agente de saúde pode fazer como o enfermeiro porque estão capacitados para fazer. Quando preciso visitar esse tipo de paciente acamado eu sempre vou com a enfermeira, e é interessante, gosto muito, conversamos, orientamos, examino o paciente, discuto com ela o que podemos fazer essas coisas. Eu discordo é querer que o médico faça visita porque tem que fazer. Se a enfermeira faz o médico também tem que fazer. Alegam que médico tem o mesmo nível do enfermeiro e se um faz o outro tem que fazer. E não compreendo dessa forma. (Diogo)*

Entre o que é definido nas atribuições dos profissionais do PSF e os relatos descritos acima, percebemos a grande dificuldade para que a visita domiciliar represente efetivamente instrumento para a promoção e para a prevenção da saúde da criança. A visita domiciliar quando realizada é feita aleatoriamente sem definição de objetivos e finalidades. Os profissionais não sabem ao certo o que farão durante a visita a não ser quando esta envolve caso de adoecimento de um dos membros da família. Mais uma vez a doença guiando as práticas dos profissionais de saúde.

O que seria estratégia para desenvolver habilidades no processo de prevenção e promoção passa a ser apenas um deslocamento, da atenção centrada na doença, da unidade de saúde para o domicílio. Defendemos que se não há um planejamento da visita para guiar a ação do profissional os objetivos a que se destina também podem não ser alcançados.

É preciso olhar para a visita domiciliar por vários ângulos, porque se fixarmos as discussões naquilo que ela traz de vantagens podemos deixar de enxergar as limitações e, mais ainda, conseqüências indesejáveis ou pouco resolutivas na e para a saúde da criança como sugerem as falas a seguir:

*Ela ficou de passar lá em casa, marcou o dia e não foi e isso é ruim porque a gente fica esperando, não sai de casa. É ruim. Pra ela passar aqui em casa eu tenho que chamar, dizer que estou precisando senão ela não vem. Outro dia eu estava precisando de uma consulta eu é que fui na casa dela, como eu fui lá ela não veio mais na minha casa. (Elisa)*

*A gente quando precisa tem que ficar de olho nela porque se a gente não olha quando ela passa ela não encosta. Ela diz pra enfermeira que vem todo mês, mas ela não vem. Ela conversa com a gente na rua mesmo, não vem na casa não. Ela pergunta se já dei as vacinas, se levei o menino pra pesar e só, na rua mesmo. Já faz uns meses que ela não vai lá em casa. (Eliana)*

*As vezes elas avisam que vem na casa da gente, mas tem vez que ela vem sem avisar aí eu não gosto porque a gente tem o que fazer na casa da gente, as vezes tá tudo desarrumado. Eu queria que quando elas marcassem que elas viessem. E que não viesse assim de surpresa. (Emilia)*

*Tem coisa que eles olham na casa da gente e depois vão falar. Minha sogra tava com aquela doença (câncer) e a gente não queria que as pessoas ficassem sabendo, pois olha veio aqui a enfermeira, a doutora e a agente, no dia seguinte todo mundo já sabia. Pelo meu marido elas nem viam mais aqui. É uma coisa nossa assim que elas não deviam comentar [...] (Elisabete)*

Podemos identificar nas falas quatro grandes problemas, inclusive envolvendo aspectos éticos: **a visita domiciliar como atividade facilitadora** para o acesso ao serviço de saúde por meio do agendamento de consultas pelo ACS; as famílias aceitam **a visita domiciliar como imposição do programa** a que devem estar submetidas; as famílias têm sua **privacidade invadida pelas visitas domiciliares**; e por último é **negado às famílias o direito da confiabilidade e do sigilo das informações**.

Fortes e Spinetti (2004) enfatizam que o direito à privacidade das informações que envolvem a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas devem ser garantidas. Seguem afirmando que são os próprios indivíduos que tem o direito de decidir sobre quais informações devem ser reveladas, onde revelar e para quem.

Para Craco (2006) as visitas domiciliares indicam dois tipos de problemas: um que diz respeito à otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência em saúde, e o segundo, o de que as visitas compulsórias podem significar uma excessiva intromissão na vida da família além de limitarem a privacidade e a liberdade destas pessoas. Em função disso, a autora sugere que as visitas domiciliares não sejam realizadas se não houver indicação específica, com exceção aos ACS, pois estes têm como função a vigilância à saúde. Ainda nessa discussão a autora considera a visita domiciliar como estratégia pouco eficiente nos casos em que o profissional sequer sabe o que fará durante a visita.

Divergindo quanto a visita domiciliar suscitou situações que devem produzir a necessária discussão não só de papéis – quem faz o quê –, mas de refletir e problematizar os modos de produzir cuidados nas visitas domiciliares, quer sejam elas realizadas pelo ACS, pelo enfermeiro ou pelo médico. Não basta a preocupação com a visita enquanto procedimento do sistema organizacional do PSF. É preciso investir em alterar o modo de produzir o cuidado, afinal o profissional tem a possibilidade do “autogoverno” para imprimir mudanças no processo de trabalho.

Reafirmando o já dito, o cuidado como projeto terapêutico se efetiva pela cooperação, complementaridade e articulação das ações com conexão para a produção do trabalho em saúde. No Delineando o trabalho na ausência do encontro estão ausentes os pressupostos da comunicação e funcionam como muros para a construção de novas formas de fazer na perspectiva da integralidade. Delineando o trabalho na ausência do encontro diz respeito, nesta investigação, a ausência do



encontro dos profissionais da mesma equipe nos turnos de trabalho. O MS define que a carga horária dos profissionais do Saúde da Família é de 40 horas semanais. No caso do município de São Luís a carga horária é organizada por turnos de trabalho totalizando sete turnos por semana. Dessa forma os profissionais, a partir das suas disponibilidades, organizam seus horários muitas vezes em horários divergentes entre eles mesmos. As falas explicam como os profissionais se organizam para isso:

*Nós fazemos sete turnos de trabalho e as vezes não coincide o turno do médico com o da enfermeira. Todo mundo tem outros empregos o que torna difícil estarem todos nos mesmos turnos, nos organizamos, procuramos cobrir todos os horários e garantir o atendimento da população. Mas em um ou outro turno pode estar o médico e não a enfermeira ou o contrário. (Darci)*

*Se você vai ao serviço só encontra um profissional, ou o médico ou a enfermeira. Ao invés dos dois estarem trabalhando juntos, o que fazem? Um fica em um período e o outro no outro. Isso são questões que vai sendo permitida no processo de trabalho. Por outro lado, os gestores aceitam esses profissionais, e não fazem nenhuma exigência para mudar, pelo contrário, são coniventes, são cúmplices. O resultado disso tudo é que não há um trabalho de equipe. O que possibilita o trabalho em equipe é fazer com que as pessoas se encontrem. Era preciso que os profissionais estivessem juntos no trabalho e que os gestores cobrassem isso de alguma forma. (Betânia)*

*Inicialmente é impossível o médico permanecer na unidade 40 horas com esse salário. Essa é a primeira divergência. Então foi negociado com a coordenação do PSF horários mais flexíveis. No entanto, tenho consciência de que isso gera uma demanda maior nos dias de atendimento, porque tenho que atender a mesma quantidade em menos dias. Isso é geral. Aqui em São Luís ainda é melhor se a gente compara com os horários que os colegas estão fazendo no interior do estado. Tenho colegas que vão em uma tarde e voltam na outra e ganham mais do que se ganha aqui. (Cléa)*

Para Pinheiro (2006), um dos motivos que contribuem para a degradação da prática clínica e sanitária é a generalização do trabalho de médicos e enfermeiros estar organizado em regime de turnos reduzindo a disponibilidade dos profissionais e afastando a possibilidade de que estejam mais presentes nos serviços e na comunidade.

Delineando o trabalho na ausência do encontro tem gerado um descompasso/desencontro entre os objetivos do programa e a organização do

trabalho pelos profissionais de saúde. A redução da carga horária restrita a turnos pode acarretar maior número de atendimentos, pois a redução dos dias de trabalho não significa redução da demanda. A consequência imediata dessa condição são os atendimentos “relâmpagos” a que a comunidade se submete caracterizados pelo distanciamento, contatos frágeis, escuta comprometida e orientados pela queixa-conduta.

Pelo desencontro dos profissionais, são relatadas algumas experiências vivenciadas pelo enfermeiro e pelas mães que implicam em situações difíceis no atendimento à criança na atenção básica:

*O difícil são as situações em que a criança chega com um problema mais sério na unidade, eu fico sem poder fazer muito pela ausência do médico. Outro dia fiquei aqui com uma criança que chegou com uma dispnéia, coloquei a nebulização, repetimos a nebulização e a criança não melhorava e a gente ficava assim no desespero olhando pra mãe, olhando pra criança [...] eu acredito que se estivéssemos juntos nos mesmos horários esses momentos seriam menos estressantes. (Carla)*

*Aqui é assim, tem dia que tem médico, tem dia que não tem, e a gente fica sem saber quando tem. Então quando os meninos tem uma coisa assim que precisa de remédio logo eu levo direto pro hospital, nem vou perder tempo no posto. (Emília)*

Delineando o trabalho na ausência do encontro pela não complementaridade das ações profissionais reduz a resolutividade em saúde produzindo tanto na equipe como nas mães e famílias sentimentos de insegurança em relação à equipe e ao serviço de saúde. Sentindo insegurança é sentimento revelado por mães e enfermeiras.

As enfermeiras relatam que tomar decisões na ausência do médico são momentos que envolvem tensão e desgaste.

As mães procuram a UBS para levar seus filhos para avaliação do crescimento e do desenvolvimento, para atualizar o calendário básico de vacinação, em situações em que seus filhos apresentam queixas de febre, tosse ou diarreia ou para providenciar requisição de exames de rotina. Os casos de “doenças” que consideram mais graves procuram o serviço de urgência, pois se **sentem inseguras** em relação ao atendimento da UBS. A possibilidade de não encontrar o médico na unidade e por considerar que estes não estão capacitados para o atendimento à criança são os motivos que justificam a insegurança das mães:

*[...] as vezes o médico não vem e a gente fica aqui esperando. Eu já fiquei aqui uma manhã quase toda e o médico não veio. Parece que a gente não tem o que fazer na casa da gente e quando a gente chega na casa da gente é correndo para fazer tudo. E de manhã toda casa tem muito serviço não é mesmo? E a tarde aqui nunca têm médico eles vem pra cá mais é de manhã. Tem vez que dá certo, tem vez que eu já levo direto pro Hospital porque a gente que é mãe não quer ver um filho da gente doente e não fazer nada. Já teve vez que eu sair daqui chorando porque a enfermeira me disse que não podia fazer nada porque não tinha médico no Posto. Aí a gente tem de arrumar dinheiro para a passagem e levar para o Hospital. Aí quando a gente chega lá a doutora pergunta se não tem médico perto da casa da gente. Outro dia eu tive de brigar com uma doutora. Disse que eu só tava ali porque o doutor não vai pro posto e porque não tem remédio. (Elisa)*

*Na urgência é mais seguro, porque aqui nem todo dia tem médico e eu não vou esperar pela agente de saúde pra marcar a consulta dele porque ele pode piorar, então eu espero a agente de saúde no caso que ele tá bem, só pra fazer o acompanhamento. Se for uma coisa mais grave eu não espero. Uma coisa mais simples assim eu venho aqui, mas uma alergia, uma coisa mais grave eu vou pra emergência logo como eu fui outro dia. Porque quando a gente vem aqui não tem médico, não tem remédio e mesmo quando têm eles mandam a gente levar pro Hospital, então assim eu vou logo. É mais seguro. Ele vem aqui todo mês pra saber do peso, se tá normal, a altura, pra medir, as vacinas essas coisas assim. (Eliana)*

*Outro dia meu filho, o outro, não foi esse não, estava com febre muito alta, ele ficava todo se tremendo e aí eu trouxe aqui e o médico passou um remédio, um antibiótico, ele não melhorou aí eu levei lá no Hospital, na urgência, a doutora de lá me disse que o remédio tava errado, que não servia para criança. Que estava tudo errado. Aí a gente fica com medo de trazer e o médico daqui passar o remédio errado. Então quando ele fica assim eu levo logo lá porque desde esse dia eu fiquei com medo. Remédio é caro, a gente compra e ainda não serve pra criança, pode até fazer mal... é ruim assim. É porque os médicos daqui não são pediatra, e não sabem passar remédio pra criança [...] assim que a doutora falou e aí eu fiquei com medo. Agora quando ele fica doente eu só levo lá no hospital e aqui ele só vem mesmo pra pesar, medir, essas coisas assim simples. O povo diz é muito que os médicos daqui não sabem consultar criança porque eles são clínico geral, é assim que o povo diz, eu não sei. Eu levo é logo pro hospital porque é mais seguro. (Elisabete)*

O PSF se sustenta pela argumentação de que o modelo hegemônico centrado na doença e no hospital é pouco eficiente e pouco resolutivo, no entanto, acreditamos que o PSF não substituirá esse modelo com a mesma ineficiência e

desigualdade. Ainda que de forma excludente e centrado na doença o modelo médico-centrado ainda demonstra credibilidade frente às demandas de agravos à saúde pelos quais são acometidas as crianças. Não estamos aqui fazendo nenhuma apologia a um ou outro modelo, mas apenas apontando as dificuldades que sugerem que a organização e a estrutura do PSF necessitam ser repensadas.

Nesse sentido a flexibilização no PSF é necessária considerando a marcante heterogeneidade da realidade brasileira. A estrutura do PSF precisa superar a rigidez estrutural da fase heróica de sua implantação, durante a qual talvez tenha sido necessária, para novos modos de produzir saúde. Muitos gestores têm apresentado alternativas que configuram no país-real, não o PSF único, mas muitos e variados PSFs. (GOULART, 2006).

O Brasil apesar das mudanças no perfil etário da população ainda se configura como um país jovem. No nordeste essa realidade é muito mais forte, e, em São Luís a população de crianças de zero a nove anos é a terceira maior segundo dados do Ministério da Saúde (Fig. 5) representando um percentual de 19,2% da população total. (BRASIL, DATASUS, 2008). Estes dados somadas às especificidades do atendimento pediátrico e o direito da criança à assistência pediátrica mobilizaram a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a propor a inclusão do pediatra no PSF. Alegam que as mães consideram importante a presença desta especialidade no PSF e, que as mesmas, pouco acreditam naqueles que não o pediatra para o atendimento dos seus filhos. A SBP apóia a reivindicação na assertiva de que a atenção básica precisa ter elevado grau de resolução de problemas de saúde da criança e que esta não pode ser superficial quando estão em jogo as necessidades fundamentais da criança e do adolescente. A ABS requer qualidade profissional para atuar no vasto campo do conhecimento da pediatria e o PSF reforça a discriminação da classe social pobre excluindo o direito da criança ser assistida pelo pediatra. (SBP, 2008).

As dificuldades no atendimento à criança foram expressas pelos profissionais:

*Nós temos mais 2 pediatras que são das outras equipes e um colega que é cirurgião e que às vezes me pede para atender as crianças da área dele. Os colegas que não são pediatras têm dificuldades em atender a criança. Eu acho que a pediatria é muito específica. É mais fácil o pediatra atender o adulto, a mulher do que o clínico atender a criança. E isso é difícil porque as mulheres e as crianças são quem mais procuram a unidade. O*

*PSF já pensa em incluir o pediatra na equipe e isso não o impede de cuidar de outras pessoas, de outras faixas etárias. Meu sonho é me direcionar mesmo só para a pediatria, de ter um tempo maior para avaliar as crianças, de ter um serviço mais estruturado, mais resolutivo. Eu me sinto um pouco dividida aqui no PSF tendo que atender a todas as faixas etárias, todos os problemas de saúde. (Darci)*

*Aqui no PSF tem de tudo. Nós temos o clínico, o cirurgião, o obstetra e o pediatra, o recém formado e aqueles que já aposentaram e que voltaram a ativa. O problema é que os colegas não se sentem seguros em atender as crianças e aí acontecem duas coisas: ou eles desvalorizam a clínica da criança e não fazem um diagnóstico correto ou por insegurança encaminham todos os casos para as emergências. Ainda há dificuldades na prescrição dos medicamentos, em prescrever a dose correta. (Diana)*

São relatos coerentes com as falas das mães e com as reivindicações e justificativas da SBP. São vozes que tendem a ser ouvidas pelos movimentos de mudanças já discutidos na composição e organização das equipes do Saúde da Família.

As mudanças propostas para o novo modelo assistencial necessitam de uma adequada infra-estrutura física para garantir a eficiência na prestação de serviços e assim reafirmar o compromisso do SUS com a comunidade. Sob esse raciocínio a USF se constitui como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. É o local onde 85% dos problemas mais comuns da comunidade devem ser resolvidos. (BRASIL, 2006). Portanto, é necessário dispor de recursos físicos e estruturais compatíveis com esta proposta e com a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

No entanto, trabalhando no PSF os profissionais e mães experimentam os desafios do cuidado à criança Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde. Os profissionais criticam a estrutura física das unidades e reclamam por melhores condições assim como a disponibilidade de materiais, equipamentos e/ou instrumentos fundamentais à realização do trabalho conforme descrito nos fragmentos das falas dos participantes:

*A nossa unidade foi adaptada, era uma residência, ela é pequena, nós temos problema com iluminação, as salas são escuras, não tem janelas, ventilação e é muito quente. As salas estão assim improvisadas, fazemos nebulização nesse cantinho aqui que é escuro, quente e sem ventilação. Não é um espaço*

*adequado. Ficamos mais cansados porque é quente e quando todos os profissionais das duas equipes estão na unidade é terrível, porque a unidade fica lotada, as crianças choram, as mães reclamam. Eu tenho certeza que isso interfere no nosso rendimento e na qualidade dos nossos atendimentos. (Camila)*

*O PSF é isso aqui. Muita gente para atender e nenhuma condição. Falta água pra lavar a mão. As condições de trabalho são muito ruins. (Cléa)*

*As pessoas da Secretaria ficam zangadas quando eu falo que o PSF é para miserável. Mas é verdade. Olha só essa unidade. Me diz se aqui tem condição de funcionar uma unidade de saúde? A estrutura é péssima, isso aqui era uma residência de pessoas humildes e que foi alugada pela secretaria para funcionar uma unidade. A única coisa que fizeram foi colocar essas divisórias e pintar. É insuportável o calor aqui. Não tem iluminação, não tem ventilação, não tem nada. Nos não temos um banheiro digno pra usar. Isso aqui só é assim porque foi pensado para atender a população pobre. A secretaria não pensa em dá condições adequadas de trabalho e de atendimento pra esse povo. Eu quando saio daqui estou exausta, cansada não pelo trabalho em si, mas pelas condições em que estou trabalhando. Que exemplo estamos dando para esse povo todo? Orientamos que a casa precisa ser ventilada, arejada, iluminada e o que eles vêem aqui, é isso, é igual ou até pior que muitas casas dos moradores dessa área. A secretaria reproduz a miséria dessa população. [...] Não temos suporte pra fazer sequer a parte educativa. Se fazemos uma reunião, 10 minutos depois fica todo mundo se sacudindo, se abanando, ninguém presta mais atenção a nada de tanto calor. (Carmen)*

*Tem dia que a gente fica aqui e o menino dorme, acorda, chora. Aqui é muito quente e com esse tanto de criança fica muito ruim. Eu fico lá fora porque tem as doenças aqui dentro, tem menino tossindo, com problema que passa de uma pessoa pra outra. Então eu tenho medo da gente chegar com uma coisa e o filho da gente sair daqui com duas. (Elisabete)*

O ambiente físico do trabalho deve aliar funcionalidade, acolhimento e conforto aos aspectos de iluminação, ventilação e áreas de circulação, concebidos segundo análise cuidadora das necessidades a que se destina assim como àquelas relacionadas aos trabalhadores e usuários. O MS (BRASIL, 2004c) define que os espaços das USFs devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados para atendimento e ao número de equipes de saúde da família previstas para a unidade. Dessa forma a estrutura de algumas unidades de saúde da família apresenta-se

contrária às definições estruturais e físicas estabelecidas pelo MS.

Tendo em vista os compromissos do PSF com a saúde integral e com ambiente saudável, o ambiente físico das USF é sem dúvidas um das dimensões da integralidade do cuidado.

Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde diz respeito também a falta de material de consumo com destaque aos medicamentos. Diariamente profissionais e mães deparam-se com a falta de medicação básica para a atenção à criança, o que motiva e faz aumentar o número de encaminhamentos de crianças para os serviços de urgência da capital, segundo relatos dos profissionais. Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde acarreta baixa resolutividade das USFs e gera descontentamento e insegurança de profissionais e mães. Nas falas dos participantes da investigação o cuidado à criança é prejudicado pela falta de recursos materiais e de medicamentos:

*Sem contar que por várias vezes falta remédio, até paracetamol, até termômetro falta aqui. Falta remédio, falta até o soro oral, não tem antibiótico. (Daniel)*

*[...] avaliar o crescimento, orientar a vacinação, as vacinas estão aqui disponíveis, podemos orientar a amamentação. Essa parte da criança nós fazemos direitinho. Quer ver tudo isso ir por água abaixo é só aparecer uma criança com febre. Eu não resolvo a febre da criança aqui. Uma criança é encaminhada para um serviço de urgência porque aqui não tem paracetamol, por incrível que pareça, outro dia nem água tinha pra fazer uma compressa pra baixar a febre de uma criança. Eu tive de tirar dinheiro do meu bolso pra comprar paracetamol. (Diana)*

*[...] a enfermeira me disse que não podia fazer nada porque não tinha remédio no Posto. Eu não sei não, mas eu tenho vergonha de dizer que na minha casa não tem comida, não é? A gente tem vergonha, mas aqui, eles dizem é mesmo que não tem remédio. [...] um hospital sem remédio, sem médico, não é hospital. E ninguém tem vergonha de dizer que não tem. Aí a gente tem de arrumar dinheiro para a passagem e levar o filho da gente para o Hospital [...]. (Elisa)*

*Eu ando sempre com paracetamol na bolsa porque muitas vezes não tem no posto. A gente tem que trabalhar mesmo na falta dessas coisas. (Denise)*

*[...] o programa do ferro foi implantado no Posto. Programa implantado significa ter disponível suplemento de ferro para as crianças de 6 meses até 1 ano e meio e para gestante a partir do 5º. mês. Esse ferro do programa não pode sair para outras crianças fora dessa faixa etária. O que significa que as outras faixas etárias ficam sem o suplemento porque nem sempre tem no Posto a medicação além da do programa. Termina que os*

*programas excluem, deixam de fora crianças que estão precisando do ferro. A falta de medicação é um problema. Ontem mesmo atendi uma criança com 39°C de febre e no Posto não tinha medicação. Eu é que tinha na minha bolsa. Os profissionais têm sempre que “arranjar” as coisas. Se eu não tivesse o remédio, a mãe não tem o remédio, o posto não tem essa criança teria de ir pra uma urgência só pra tomar remédio de febre. Isso é um problema. Às vezes ficamos de mãos atadas. E quando chegamos nas urgências estão todas lotadas, eu fico horrorizada, é criança em maca, em cadeira, em banco, outro tanto esperando na porta com coisas que poderiam ter sido resolvido na Atenção Básica. Só que na Atenção Básica falta também estrutura. Falta resolutividade. [...] a resolutividade que ainda é baixa na Atenção Básica. (Darci)*

Mesmo garantido em lei, o Estado (União, Estados e Municípios) apresenta dificuldades em garantir recursos suficientes e gerenciamento adequado para efetivar o direito à saúde como definido na Constituição Federal de 88. A insuficiência de recursos constitui-se em um limite real no cotidiano dos serviços o que faz com que a produção da saúde seja tarefa difícil. Para Bodstein (2002) a baixa capacidade técnica e financeira dos municípios e sua crescente responsabilização quanto à implementação de programas e políticas de saúde trazem em si um conjunto considerável de riscos e incertezas.

Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde os profissionais e as USFs não tem conseguido resolver os problemas de saúde da criança por dificuldades estruturais e pela falta de medicamentos. São situações que faz aumentar o número de encaminhamentos da criança para os níveis secundários e terciários de saúde. No entanto, a não articulação entre os diferentes níveis da atenção caracteriza mais uma dificuldade no cuidado integral à criança na ABS. Gestores, enfermeiros, médicos da ABS e mães, Falando da ineficácia do sistema de referência e contra-referência, apontam que as principais dificuldades dizem respeito à difícil disponibilização de recursos diagnósticos e de suporte terapêutico para as crianças com destaque para aquelas com doenças crônicas e/ou metabólicas.

Há também nos relatos dificuldades na resolutividade de casos rotineiros como febre, pneumonias e exames de rotina. São situações que revelaram o sistema de referência e contra-referência como uma problemática na organização do sistema e nas ações de cuidado à criança na ABS. O acesso universal a serviços



resolutivos e eficazes parece não estar configurado nas Unidades de Saúde da Família. Os aspectos que nos permite dirigir esse comentário são os que estão presentes nos seguintes fragmentos de falas:

*[...] a Atenção Básica resolve até 85% dos problemas. É verdade, pode resolver sim, desde que haja todo um substrato de coisas que são essenciais e que se colocam por trás e que estejam amparando a atuação da equipe. Quando se esgota as possibilidades na equipe é preciso que outras especialidades estejam ao alcance dessas pessoas. Então o acesso à atenção integral não pode ser garantido somente aqui na Atenção Básica, dessa forma não temos assistência integral e nem continuada. Considero importante a questão da continuidade da assistência que vai da consulta de rotina, aos exames inclusive aos exames mais especializados quando estes forem necessários. É preciso ainda um canal de comunicação com os serviços de internação quando houver necessidade, é preciso a contra-referência. Temos crianças, por exemplo, com intolerância alimentar, que é um problema cada dia mais freqüente, mas não temos estrutura para esses casos. Desde o mais simples exame como o de pH fecal demora não sei quanto tempo e enquanto isso ficamos sem condições de fechar o diagnóstico. Se você tem dúvidas quanto ao diagnóstico e solicita apoio de um gastro, passa 4 a 5 meses para a mãe conseguir a consulta com o especialista. [...] Estamos buscando resolver as coisas naquela coisa do amigo: ah deixa eu ligar pro meu amigo, deixa eu ligar pra fulano. Estamos tentando resolver as coisas dessa forma porque não existe um fluxo dessa criança em todos os níveis de complexidade do serviço de saúde. Existe um fluxo que é burocrático, que é o do papel, mas ele não funciona por si só, é preciso que nós profissionais fiquemos aqui pedindo, pedindo, ligando. O fluxo não funciona de forma espontânea, ele não acontece. (Carla)*

*Quando precisamos encaminhar crianças para o hospital ou porque não tem remédio naquele momento, naquele dia ou porque o caso realmente é grave e necessita de internação. É o “fluxo do amigo”. A gente liga antes e diz que vai encaminhar uma criança assim e assim, ou a gente acompanha a criança e a mãe. Vamos até com o jaleco do PSF na tentativa de garantir o atendimento na referência. (Camila)*

*A referência e a contra-referência ainda não é bem estruturada. Nós encaminhamos, mas não há um retorno para a equipe do PSF. Já sabendo que essa contra-referência não ocorre, eu anoto o endereço da criança, ou eu vou na casa ou o agente vai para saber o que aconteceu e o que ainda pode ser feito. (Célia)*

*Temos crianças com seqüelas neurológicas, em famílias humildes, sem suporte nenhum sequer pra levar a criança a um serviço de fisioterapia. A mãe não consegue manter o programa de fisioterapia porque o acesso a isso ainda é difícil. Tenho crianças aqui que poderiam não ter tantas limitações, mas por falta de um apoio terapêutico e social elas ficam em casa sem condições de serem estimuladas, mofando numa rede, numa*

*cadeira de roda improvisada, isso é muito difícil.* (Diana)

*[...] quando se fala em referência e contra-referência me lembra aqueles primórdios, quando se discutia o SUS, nessa época já se falava da referência e da contra-referência. Estou falando dos anos 84/85, por aí, e, por incrível que pareça tantos anos depois isso acontece de uma forma eficaz. O que se observa, é que quando uma criança é encaminhada não é por um fluxo normal, mas pelo profissional conhecer um outro na média e na alta complexidade para que o atendimento aconteça. E a contra-referência, isso é que é mais complicado ainda, porque não vemos isso acontecer de uma forma fluida, formalizada, oficializada, de rotina nos serviços, mesmo depois de tantos anos de discussão.* (Amália)

*Quando os meninos adoecem eu vou logo para o hospital, pra urgência porque lá ele já toma o remédio, se precisar fazer exame faz tudo, as vezes eu peço pra doutora fazer logo os exames porque aqui no posto é mais difícil como eu já estou lá faço logo tudo. É mais fácil, por isso eu vou logo pra lá.* (Eliana)

A integralidade como princípio doutrinário do SUS deve considerar as necessidades específicas das crianças inserindo-as em uma rede hierarquizada da atenção em saúde com níveis crescentes de complexidade dos serviços. Assim as ações de baixa, média e alta complexidade buscam articular-se para aumentar o nível de resolutividade e de sua capacidade no atendimento às demandas. A regionalização e a hierarquização da rede e dos serviços de saúde estão muito afeto às atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir eficiência, eficácia e resolutividade do SUS. (BRASIL, 2000).

Observamos tanto nas falas dos gestores como dos profissionais a inexistência de uma rede articulada dos serviços de atenção à criança. O sistema de saúde não garante efetividade do sistema de referência e contra-referência, apresentando, portanto, problemas por não garantir continuidade do cuidado nos diversos níveis da atenção.

Os participantes relatam ausência de espaços físicos na comunidade para recreação, práticas desportivas, atividades físicas e de convivência, assim como de creches, pré-escola e escola. São situações que comprometem a prática da integralidade e são sentidas no cuidado em saúde.

#### 4.1.6 Categoria 6: Possibilitando a emergência do novo

Muito embora a proposta do PSF seja outra, as Unidades Básicas de Saúde organizam-se pelo enfoque biologicista. O predomínio desse enfoque limita a possibilidade dos profissionais e da equipe ampliar o conhecimento sobre a criança, a família e o ambiente e conduz à reprodução do modelo médico-centrado. Mas, a integralidade do cuidado à criança exige um afastamento da atenção centrada no médico. Para tanto, são necessárias mudanças estruturais, nos valores, nas relações de poderes e papéis definidos pelo sistema de saúde e pelas práticas dos profissionais. Nesse contexto, o cuidado dirige-se à possibilidade de “vir a ser”, de mudanças **Possibilitando a emergência do novo**. Essa categoria foi caracterizada pelas seguintes subcategorias:

MUDANDO DE DENTRO PARA FORA  
AMPLIANDO SABERES E PRÁTICAS  
INDICANDO O CUIDADO DESEJANTE  
CONSTRUINDO MODOS DIFERENTES DE CUIDADO

Mudando de dentro para fora diante das demandas e do desejo de um cuidado qualificado, eficaz e eficiente faz com que o profissional mobilize disposição interna para o agir cuidadoso. Mudando de dentro para fora é essa força que mobiliza vontades, sentimentos e capacidade para apreender novas possibilidades para cuidar e para o cuidado. É projetar-se para a dimensão cuidadora, reelaborando papéis. Significa reconhecer limitações pessoais para lidar com a demanda de contextos e problemas da criança e da família.

Em função da demanda e das exigências da produtividade mensal, as enfermeiras reconhecem que são empurradas a um agir técnico e mecânico que as afastam do cuidado humano, integral e coerente com a condição da criança. Mas, são também estas circunstâncias que as motivam para mudanças internas. Esta subcategoria é revelada nas falas abaixo:

*No corre-corre da unidade agimos as vezes de forma mecânica sem levar em conta as situações da criança parece que somos assim um motorzinho [...] é como se fosse uma luz dizendo assim: olha não é assim, é uma coisa que vem de dentro. Faz com que eu repense e volte a pensar num cuidado mais humano. (Carmen)*

*[...] Esse cuidado que queremos é um desejo que vem lá do fundo parece que estamos sempre correndo atrás dele. É uma mudança interna, profunda. (Cecília)*

*Não será uma mudança superficial, passageira. As coisas precisam mudar para melhor. Mudança de atitude. (Betânia)*

Cuidar da criança na perspectiva da integralidade configura a família como unidade social e como verdadeira unidade de cuidado, por onde circulam os vários saberes profissionais/técnicos e os saberes populares. O saber técnico é por onde se situam os saberes estruturados da clínica e da epidemiologia. (MERHY, 2000a). Enquanto o saber popular opera com valores inerentes às culturas e aos sujeitos singulares. Ampliando saberes e práticas no cotidiano, sugere respeitar o saber técnico e popular e considerar as lógicas distintas entre eles na convicção de que, entre profissional e cliente, não existe um que sabe, mas dois que sabem coisas distintas. (BRICEÑO-LEÓN, 1996). As falas a seguir apontam para um movimento em que o saber e o fazer se constrói no cotidiano na medida em que os profissionais são capazes de uma aproximação mais efetiva com as famílias e com a dimensão humana que o cuidado exige:

*Isso aqui é a maior escola para um profissional. Você não tem idéia o que se aprende. O que eu aprendo aqui jamais aprenderia nos livros. Não tem como comparar. Aqui se aprende com a miséria do outro, com o sofrimento do outro... se aprende a valorizar as coisas... a compreender a indiferença de uma mãe pobre quando perde o filho. Aprendemos a lidar com o desespero de uma mãe diante da luta pela vida do filho. São essas coisas que não estão nos livros, estão aqui. Não estão na porta da unidade pra todo mundo ver. Estão lá escondidinhas no dia a dia da família, das mães, das crianças e nas nossas relações com elas. (Cléa)*

*Eu digo sempre que aqui eu ensino, mas também aprendo muito. Eu aprendo a adequar a minha orientação a uma família a partir do que eu sei dessa família, do que ela pode fazer, a melhor maneira de fazer. (Carmen)*

*A gente pensa que sabe das coisas, que sabe cuidar dos filhos da gente, mas às vezes conversando com as doutoras daqui a gente vai vendo que não sabe bem direitinho. Então assim... eles me ensinam e aí a gente aprende e já ensina pra outras pessoas, pras vizinhas. (Elisa)*

*[...] olha eu vou dizer uma coisa, eu tenho três filhos, mas eu fui aprender a dá o peito nesse aqui, porque quando os outros nasceram lá no interior não tinha ninguém pra ensinar. Mas aqui*

*elas vão ensinando pra gente. Eu disse pro meu marido que eu fazia tudo errado, esse negócio do umbigo... Eu fazia tudo errado. Eu aprendi nesse menino aqui e foi elas que me ensinaram aqui no posto. (Emilia)*

Ampliando saberes e práticas no cotidiano, constitui possibilidades de crescimento quando há por parte dos envolvidos a opção de trabalhar com as dificuldades das relações humanas. (FORTUNA, et al., 2005). É valer-se da experiência do outro, para enriquecer-se como equipe, como mãe e como profissional. É movimento, é combinação de papéis, de responsabilidades e de saberes. É movimento para apreender e considerar os valores e a cultura das famílias que determinam os modos de cuidar da criança. Ampliando saberes e práticas no cotidiano se efetiva no encontro de pessoas que pensam diferente, com saberes diferentes e também com diferentes necessidades. Ocorre pela inter-relação entre “conhecimentos já constituídos e postos à mão e novos conhecimentos em processo de construção” (BAPTISTA, 2001, p. 115). É por essa dinâmica, do velho e do novo, do teórico e do prático, do necessário e do possível que se constrói o cuidado a criança Ampliando saberes e práticas no cotidiano.

No exercício profissional a atuação do enfermeiro se situa a um nível que está além das disciplinas, pois ao “agir não pensa nas disciplinas, embora o seu saber tenha sustentação disciplinar” (ALARCÃO, RUA, 2005, p. 374) reafirmando que o saber do enfermeiro “resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes (disciplinares e experienciais) que lhe dá uma visão ampla da realidade” (Idem, p. 374). O relato de uma das enfermeiras da nossa investigação sugere essa afirmativa:

*Quando estou com a criança e a mãe aqui na minha frente, ou porque veio para a consulta de rotina, aquela consulta mensal ou por um problema qualquer, não é a enfermagem pediátrica sozinha que orienta a minha ação, as minhas decisões. São as várias disciplinas que se misturam, são as minhas experiências é o fato de conhecer a criança, a mãe, a família, o lugar onde elas vivem. É uma prática que aprendo a cada dia. Costumamos dizer que somos assistentes sociais, psicólogas.[...] Não é que somos, mas utilizamos desses conhecimentos para cuidar. (Carmen)*

Aplicando isso à prática profissional, as mediações entre a elaboração teórica, a projeção e a intervenção se dão de maneira complexa, pois precisam

responder a questões de saúde e de doença de crianças e família com diferentes características e necessidades. Diante disso os profissionais se colocam na condição de analisar, pensar, refletir e de decidir por um determinado tipo de intervenção.

O profissional ao conhecer a realidade, vai construindo um projeto de ação, emergindo uma maneira peculiar de ver problemas e construir soluções. O modo como o profissional faz isso determina a relação que ele estabelece com a teoria e a intervenção. (BAPTISTA, 2001). Nesse sentido o cuidado à criança se efetiva por um saber e uma prática que aproxima o profissional das suas limitações tanto de conhecimento teórico como prático, político e social, necessários para a ação do cuidado e do cuidar em saúde.

De modo similar, Schraiber et al. (1999) apontam o concurso de dois saberes que permeiam a ciência e o trabalho: o saber operante, também denominado tecnológico, que orienta a aplicação da ciência na perspectiva da racionalidade da ação; e o saber prático, em que, na atividade do trabalho, o próprio saber tecnológico se testa e se enriquece. Para as autoras, o saber não esgotará nunca sua recriação quando em ato, porque recriar, é sempre do âmbito prático e o saber prático fornece esse tipo de conhecimento que, pode até mesmo corrigir o conhecimento teórico. Portanto, enquanto o saber tecnológico sistematiza a ação, o saber operante possibilita outros caminhos da ação no cuidado em saúde.

Examinando as contribuições de Ayres (2004a) ele argumenta que há alguns traços característicos de ser do cuidado: o movimento da construção de identidades humanas, a interação, a contínua (re)construção de identidades humanas e alteridades, a plasticidade do cuidado, o desejo, a temporalidade, a responsabilidade e a não causalidade. Quando diz que é na “possibilidade de (trans)formação que se apóiam e se justificam os encontros criadores de identidade” (AYRES, 2004b, p. 588) sintetiza com propriedade os traços característicos do cuidado, pois o “cuidado é um projeto mutuamente determinado e determinante de escolhas e contingências” (Idem, p. 589) onde o desejo faz emergir projetos de realizações que nos torna dotados de possibilidades de escolhas e de capacidades de transformação

Indicando o cuidado desejante.

Indicando o cuidado desejante segundo os relatos é basear-se no respeito pelo outro, na escuta, no diálogo, na atenção e aos aspectos relacionados às competências técnicas capazes de efetivamente resolver os problemas trazidos

pelas mães em relação à saúde da criança. Indicando o cuidado desejante se expressa nas falas das enfermeiras como um fazer mais e melhor:

*O meu desejo, sinceramente é poder fazer melhor, fazer mais. Eu sinto que é possível, basta a gente se dispor um pouco mais, se dedicar mais, ter mais compromisso. Tudo isso tem a ver com o respeito que a gente tem pela profissão e pelo outro. Mesmo com todas as dificuldades na estrutura das unidades e da secretaria, quando eu penso em cuidar eu sempre acho que posso fazer mais. Eu acho que muita coisa depende da secretaria, mas muitas outras dependem da forma como os profissionais se posicionam no trabalho. (Carla)*

*O nosso trabalho aqui no PSF com essas famílias nos coloca diante do desejo de buscar formas pra tentar fazer o melhor. Eu acho que fazemos muito, mas não o suficiente pra nos deixar satisfeitas, pra deixar as mães satisfeitas. Desejo é que as coisas melhorem e que a gente possa unir forças... o cuidado ideal ainda tá bem distante mas eu acho que aquele que é desejável que faz com que a gente sofra menos é possível. (Camila)*

*Se colocar para ouvir mais, ser mais companheiro, colaborar mais com o trabalho do outro, compreender mais as pessoas, isso faz diferença. E pra gente que se dispõe a cuidar das pessoas isso é o mais importante (Claudia)*

As enfermeiras Indicando o cuidado desejante, para atender a criança na sua totalidade e complexidade, retratam a ausência de espaços de recreação e socialização para as crianças:

*Nós estamos em um bairro pobre, carente, com uma população que cresce a cada dia, com muitas crianças, são muitas mesmo e não há aqui uma creche, não tem um espaço para essas crianças brincarem. Eu espero poder contribuir de alguma forma para mudar isso. [...] É o meu desejo. Acho que o único lugar que essas crianças vêm é aqui na unidade. As maiores brincam nas ruas que não tem esgoto, são cheias de lixo [...] e não é um local saudável, as crianças estão expostas a alguns riscos. (Cecília)*

Indicando o cuidado desejante as enfermeiras esperam desenvolver competências e habilidades por onde repousam a criatividade e as dinâmicas do brinquedo e do brincar. Sentem necessidade de capacitação na área do brinquedo terapêutico e do lúdico para as atividades de educação em saúde infantil:

*Eu tenho muita vontade de ter um grupo bom para trabalhar a saúde da criança com a própria criança. Porque estamos sempre trabalhando com a mãe, com a família, mas eu acho interessante trabalhar com a criança. [...] Os jogos, as brincadeiras seriam*

*algumas coisas interessantes [...] me sinto despreparada, mas vou investir nisso. (Célia)*

Indicando o cuidado desejante, para os médicos, refere-se à disponibilidade na unidade de saúde de recursos de diagnósticos (laboratórios, raio X), terapêuticos (medicamentos) e suporte de transporte para atender aos encaminhamentos das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Dirigem-se, portanto, ao contexto operacional da atenção à saúde que reafirmam os significados e conceitos construídos de uma atenção biologicista e médico-centrado:

*A maior necessidade aqui é de recursos para apoiar o trabalho médico. Nós precisamos de laboratórios, raio X, medicamentos. Não é possível pensar na saúde da criança sem esse suporte. (Diogo)*

*Se tivéssemos pelo menos medicamento suficiente, seria melhor. (Darci)*

Conveniente ressaltar que as enfermeiras, destacaram esses aspectos como fundamentais no cuidado à criança por compreenderem que aumenta a resolutividade e a eficácia dos serviços. Mas, relacionam a eles, as questões subjetivas e relacionais que dão ao cuidado a sua essência.

Indicando o cuidado desejante, os médicos, relacionaram com melhores salários para os profissionais. Fizeram relação entre melhoria salarial e maior disponibilidade para envolverem-se com as questões de vigilância sanitária e epidemiológica na saúde da criança e na comunidade. Enfatizaram a divisão do trabalho e a fragmentação do cuidado quando propõem que os médicos deveriam centrar as suas intervenções e seus saberes nos processos de diagnosticar e tratar as doenças da criança, enquanto aos enfermeiros, caberia as ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde:

*Não é possível o médico fazer o que determina o PSF com esse salário e com essa carga horária. Se eles (secretaria de saúde) investissem em proporcionar um salário digno aos médicos, não só aos médicos, a todos os profissionais, eu acho que seria possível investir mais aqui. [...] Eu tenho que atender aqui já pensando no meu outro emprego. (Daniel)*

*A demanda é muito grande, poderíamos negociar melhor o que cada um deve fazer aqui. Na minha opinião, cabe ao médico a responsabilidade de atender as crianças, tratar os problemas que*



*elas possam ter, ou pelo menos tentar, e as enfermeiras ficariam com a parte mais de prevenção, essas coisas da vigilância epidemiológica. Coisas que elas sabem fazer muito bem. Eu não sei muito dessas coisas. (Diogo)*

É um discurso de certa forma corporativista. Defende a classe médica, inserindo os demais profissionais na categoria de “outros”; a ação médica como aquela que diz respeito à maior capacidade cognitiva para identificar e tratar doenças, sendo por isso, a mais complexa e mais importante; priorizam a dimensão biológica (evidenciado em outras subcategorias); colocam a prevenção, a promoção e a vigilância em saúde como atividades de menor importância, portanto, não cabe aos médicos se envolverem. Utilizar os conhecimentos da clínica é fundamental e necessário, da mesma forma que é preciso agregar a esses conhecimentos outros saberes que permitam a compreensão da essência humana. Não estamos dizendo com isso que o trabalho do médico não tenha qualidade. Julgamos que o trabalho médico é necessário, tem impacto sobre a saúde da criança e da população de modo geral, no entanto, é insuficiente para atender aos pressupostos da integralidade do cuidado, da saúde e da dimensão humana.

As mães, Indicando o cuidado desejante resumem as assertivas acima quando relataram que:

*Quando eu trago meu filho aqui eu queria que eles atendessem a gente bem, não é? Assim... que olhassem pra gente, falando, conversando [...] E que tivesse os remédios porque às vezes no posto não tem e nem a gente tem dinheiro para comprar. (Elisabete)*

*Não custa nada tratar a gente bem. Além de não ter as coisas eles ainda tratam mal, passam cartão na gente. (Emilia)*

A intencionalidade é a característica do trabalho humano. (MERHY,1997). O que significa dizer que os trabalhadores, aqui representados por enfermeiros e médicos, apoiando-se na sua própria consciência e subjetividades seguem Construindo modos diferentes de cuidados.

O cuidado envolve conhecimentos, saberes e habilidades, nesse sentido, a forma como cada um aciona esses saberes e habilidades fazem do cuidado e do cuidar um ato singular; O momento, a circunstância que cerca o cuidado também o

diferencia; os atores e sujeitos envolvidos no cuidar se diferenciam e diferencia o cuidado; o estilo de cada um, suas crenças e seus valores determinam ao cuidado características particulares. Construindo modos diferentes de cuidados aparece nas falas como:

*[...] fiz umas leituras. Compreendi que eu como médico cuido, que o médico cuida, muito embora considere algumas coisas importantes que o médico precisa considerar nas suas abordagens, isso é evidente. Mas que também não só os médicos que precisam considerar estes aspectos, acho que todos os profissionais, todos não só os da saúde, porque faz parte das relações entre os homens. Agora o cuidado do médico é diferente do cuidado da enfermeira, que é diferente do cuidado do dentista, que é diferente do cuidado da psicóloga, que é diferente do cuidado da mãe, que é diferente do cuidado do pai, da avó. Ou pra dizer que é cuidado eu preciso cuidar da mesma forma que os outros? O que me incomoda é que aqui no PSF o pessoal quer que tanto um como o outro cuide do mesmo jeito. Isso é impossível. Nós somos diferentes como pessoas, nós somos diferentes como profissionais. Meu cuidado nunca será igual ao seu. (Diogo)*

*Pra cuidar não tem receita. Eu acho que é assim uma coisa que vem de dentro, bem de dentro da gente. Tem a ver com sentimentos com essas coisas que não são palpáveis, mas que são concretas. Não se ensina, cuidado é aprendido. Por isso que eu tenho um jeito de cuidar que é diferente do teu. Não tem técnica. Cuidado é vivenciado. Eu vivencio o cuidado de um jeito diferente dos outros, mesmo que seja parecido. Mas a forma como eu encaro isso é só minha. (Carla)*

*Cuidar da criança é um cuidado diferente, é um cuidado mais amplo porque você cuida da criança e da família para que ela cuide da criança. Eu não cuido da criança com diabetes do mesmo jeito que eu cuido de um adulto. Mesmo que as orientações não se diferenciem, o jeito que eu falo, os instrumentos que eu utilizo pra cuidar são muito diferentes. Eu preciso trabalhar mais a minha sensibilidade. Eu penso que seja um exercício permanente, a gente precisa se renovar sempre, não só porque as crianças são diferentes e tenham problemas diferentes, ou que não tenham problemas, mas porque eu sou diferente a cada dia. [...] hoje eu sou capaz de fazer de um jeito, amanhã de outro, nem melhor, nem pior, apenas diferente. (Darci)*

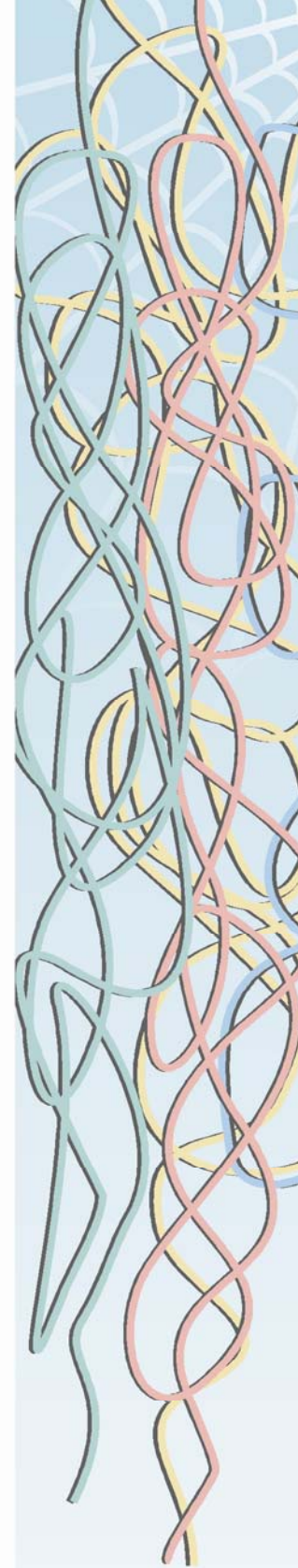
Tendo em vista as categorias e subcategorias construídas nesta investigação, percebemos que as práticas do cuidado à criança estão centralizadas no espaço físico das unidades, apesar do discurso dos profissionais ampliarem o entendimento de saúde para o ambiente, para a comunidade e para a vida familiar.

Compreendemos que as categorias e subcategorias desta investigação não são dimensões lineares e hierárquicas. Ao contrário, elas são produtos da dinâmica interativa dos processos de cuidado à criança na ABS, construídos pelos significados que os participantes atribuíram às suas práticas e modos de fazer, ser e pensar. Não foram apresentadas e descritas a partir de nenhuma lógica de valor. Por isso elas são início, fim e recomeço. São ao mesmo tempo elementares e fundamentais na e para a construção, desconstrução e reconstrução da integralidade do cuidado. São forças dinâmicas, opostas e complementares que dão à integralidade do cuidado à criança a dimensão do **vir a ser** por onde também ocorrem conflitos, rupturas e atonia.

O delineamento das categorias e subcategorias nos faz pensar a integralidade do cuidado como **produto e produtor** da articulação entre saberes e práticas conduzindo à noção de sistema. Um **sistema aberto** que se constrói/desconstrói/reconstrói no cotidiano das práticas de cuidado dos profissionais e da própria dinâmica do sistema de saúde. É um sistema que se define pela liberdade que os profissionais têm de optar e escolher as ferramentas tecnológicas para o cuidado a criança. Estas opções definem os modos de cuidar e de cuidado variando entre a racionalidade biomédica às tecnologias relacionais.

*Capítulo 5*  
*Apresentando a Teia*

---



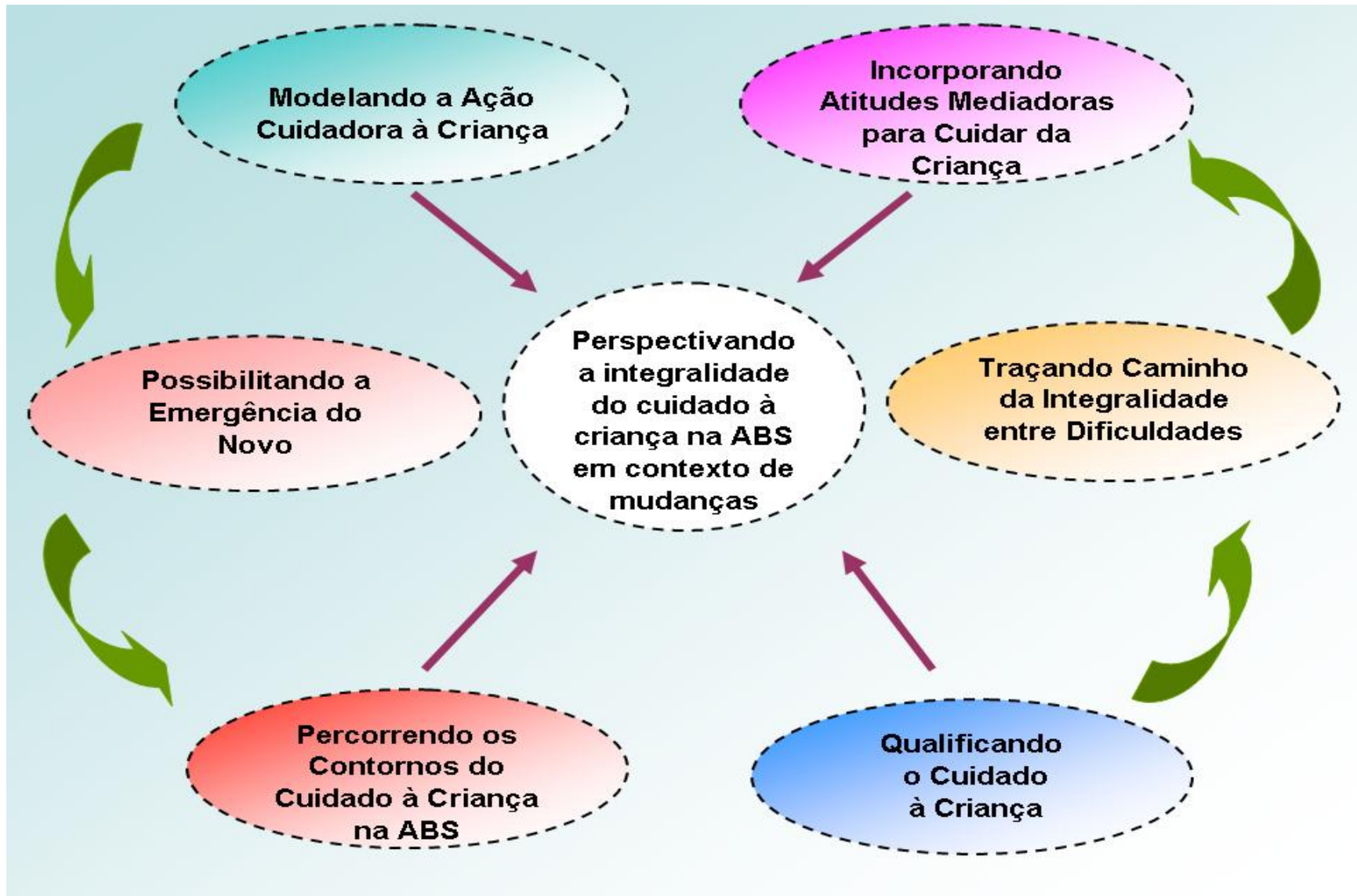
## 5 APRESENTANDO A TEIA

### 5.1 RELATANDO O FENÔMENO

A compreensão dos significados de integralidade do cuidado à criança na ABS vivenciadas pelos profissionais, gestores e mães, foi expressa por conceitos organizados em categorias e subcategorias dinamicamente interligadas. As categorias e subcategorias são elementos de um processo que guardam entre si uma relação dinâmica e contínua, não como unidades independentes, mas como unidades complexas, que são complementares e contraditórias entre si.

Buscamos a categoria central (fenômeno) por meio das relações, conexões, associações e interações das categorias como elementos constituintes do processo de cuidado. Para tanto foi necessário ir além das evidências, das palavras, e apreender pelo não dito, pelo desejo, pelas incertezas, pelas divergências e convergências o fenômeno nomeado **Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Tempo de Mudanças** (Figura 12).

Figura 12: Relatando o Fenômeno



**Perspectivando a integralidade do Cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças**, é um fenômeno que se encontra atravessado por um campo de conhecimentos, saberes e práticas, que se constituem como elementos do processo de cuidado. Esses elementos apresentam movimentos diversos e dinâmicos produzindo formas e forças que delineiam o cuidado à criança na ABS. São elementos heterogêneos que se articulam e interagem na produção do cuidado à criança na ABS. Esses elementos agregam-se e desagregam-se dinamicamente em virtude dos conhecimentos, das práticas, dos modos de agir, dos valores e da capacidade criativa de cada profissional.

**Perspectivando a integralidade do Cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças** é um fenômeno complexo. E assim, é imprevisto, tende à variabilidade e ao múltiplo, indicando que a integralidade do cuidado não se reduz a uma dimensão técnica e operante, determinada em manuais e normas. A integralidade do cuidado à criança é construída, desconstruída e reconstruída nos movimentos cotidianos do trabalho e do cuidado, nas opções e valores dos profissionais.

Perspectivando foi um conceito do qual nos apropriamos para indicar que os significados de integralidade do cuidado são relativizados de acordo como é vivenciada e depende do ponto de vista do observador. No entanto, a perspectiva enquanto manifestação gráfica é capaz de aglutinar diversos significados que possibilitaram uma apresentação visual aberta e dinâmica da integralidade como fenômeno em construção.

Perspectivando emergiu do diálogo da investigadora com as falas dos participantes do qual indicou a potencialidade para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança considerando o contexto de mudanças movidas por experiências bem sucedidas e pelo desejo do novo.

Compreender a integralidade do cuidado à criança nos remete ao contexto de mudanças sob dois aspectos: as mudanças estimuladas pelas políticas públicas e as mudanças construídas no cotidiano do trabalho, nas experiências dos profissionais, das mães e das famílias. As mudanças nas políticas públicas foram e são determinadas pelos princípios do SUS e pela evolução do PSF de programa, para estratégia e agora de política de saúde. Enquanto que as mudanças do cotidiano são produzidas por saberes, significados, valores, atitudes, práticas e experiências dos profissionais. São mudanças desenhadas por tentativas, por

acertos e erros, por desejos e possibilidades e, que direcionam para abertura de diferentes formas de pensar e agir assim como para a co-existência da ordem e da desordem gerando-se reciprocamente.

Na ABS são muitas as propostas de mudanças, entre as quais a reversão do modelo de atenção e a política centrada na família pela implementação do PSF e a defesa da vida. São possibilidades de mudanças que podem se configurar como período de crise. Como nos indica Ayres (2001), novas propostas de conhecimento, de organização dos serviços ou de desenvolvimento da atenção à saúde são evidências práticas da inquietação e que não significa problema, destruição e pessimismo. Pelo contrário, o autor defende que em períodos de crises, há esgotamento de padrões e indica simultaneamente perigo e oportunidades para mudanças:

No momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar o máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadadas as paralisantes deformações ideológicas [...]. De um lado, a expansão das oportunidades abertas pela crise depende da ação e do compromisso amalgamados por uma solidariedade social pacientemente construída pela interação democrática. De outro lado, como sentinela da constante e verdadeira abertura democrática desse processo de construção, é a reflexão crítica que não pode ser negligenciada. (AYRES, 2001, p. 64).

Portanto, a integralidade do cuidado em contexto de mudanças não se inscreve em excluir ou ignorar a crise e as diferenças, mas faz um convite para que, a partir delas, conhecimentos e práticas sejam somados, integrados, refletidos e criticados, possibilitando aos profissionais inventar novos modos e modos singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas. (MERHY, 1999). Nesse sentido, as necessidades para a saúde da criança, expressam múltiplas dimensões e ações coletivas e sugere a recomposição do trabalho com vistas à integralidade. Nessa dinâmica há um duplo combate: contra a racionalidade hegemônica da gestão e contra a racionalidade médica. Ao apontarmos esse combate, queremos dizer que o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho determinam sua qualidade e apontam que a mudança será decorrente de um novo desenho tecnoassistencial em saúde, assim como do protagonismo dos profissionais. Para tanto, são necessárias mudanças nas estruturas, nos valores, nas relações de poderes e papéis definidos pelo sistema político de saúde, pela



equipe, profissionais e pela participação comunitária.

**Perspectivando a integralidade do cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças** configura-se como desafio em romper com velhas maneiras de agir, desconstruí-las e reconstruí-las, tendo como proposta ressignificar a produção do cuidado pela qualificação das relações. É um cenário complexo de mudanças, pois estão centrados em aspectos subjetivos que devem ser apreendidos e construídos. Não são impostos, não são ensinados.

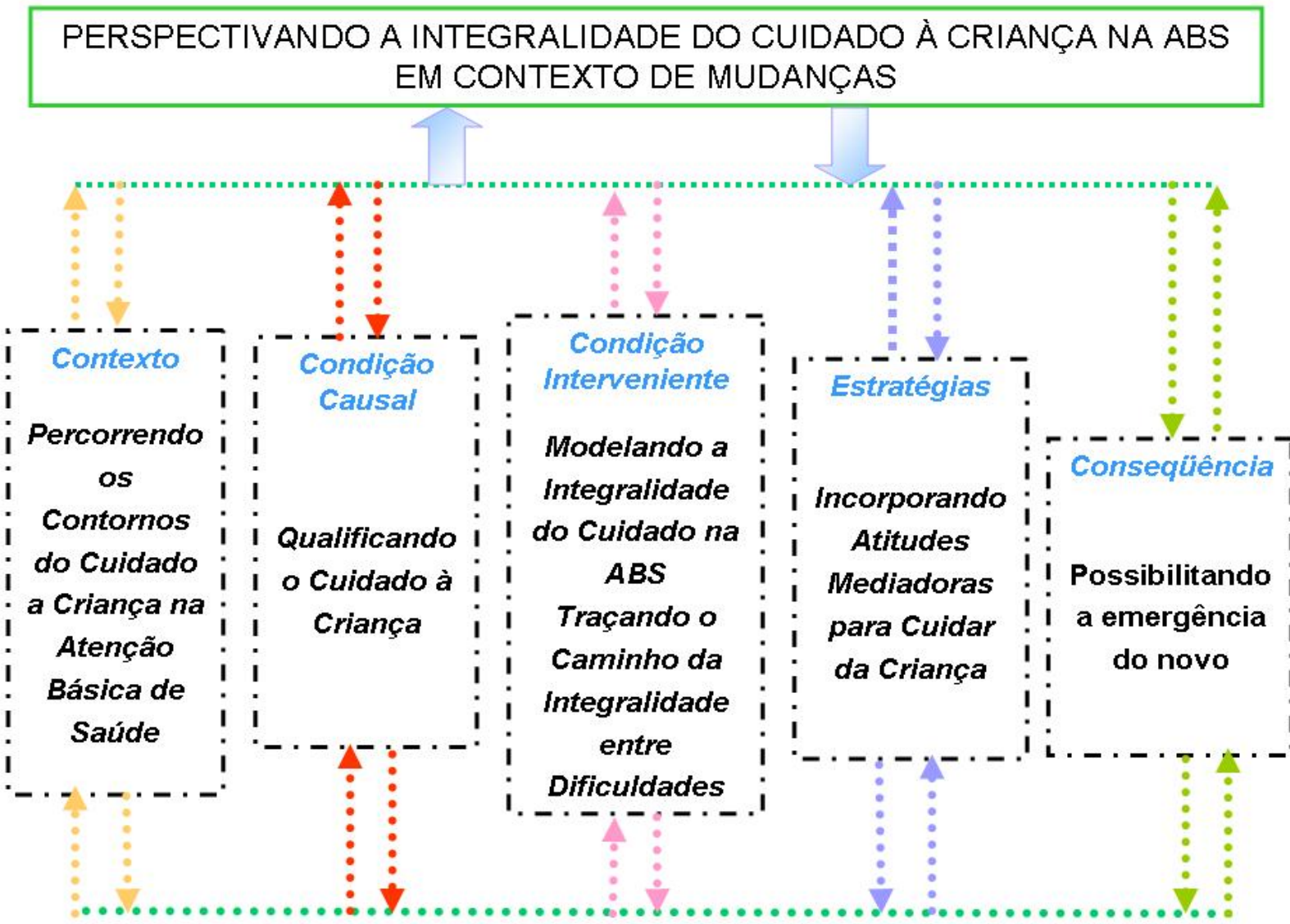
É complexo: por estabelecer uma reorganização que supere/desconstrua um processo de trabalho centrado na produção de procedimentos; por ser um processo de subjetivação que supõe alterar atitudes; porque deve buscar a energia na ação do outro de forma que aí possam ser produzidas forças antagônicas, divergentes, mas complementares; por se colocar na dimensão do protagonismo dos profissionais.

É desejante. **Perspectivando a integralidade do cuidado em contexto de mudanças** traz essa idéia de protagonismo e desejo e, como tal, é capaz de mobilizar pela desordem os sujeitos envolvidos para uma nova ordem que apontem para outra estrutura que se estabelece pela recursividade organizacional do sistema de cuidados na Atenção Básica de Saúde.

## 5.2 REVELANDO A TEORIA SUBSTANTIVA

**Perspectivando a integralidade do Cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças** é aqui apresentado em um Modelo organizado a partir das indicações da TFD em cinco conceitos estruturais: contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e conseqüências. É um modelo defendido como **teoria substantiva** para a integralidade do cuidado à criança na ABS.

É uma teoria que descreve e caracteriza possibilidades para renovar os modos de gestão do cuidado na ABS operando a intersecção de lógicas subjetivantes para a defesa da vida da criança. É uma teoria que busca na atenção básica um sistema capaz de produzir saúde e não somente reproduzir tecnologias para diagnosticar e tratar doenças.



**Figura 13:** Modelo integrativo das categorias e os respectivos elementos teóricos da Teoria Substantiva

### 5.2.1 Contexto

**Percorrendo os Contornos do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde (Categoria 3)**, enquanto contexto da Teoria organiza-se pela integração das subcategorias (Comentando a gestão do cuidado à criança na ABS, Trabalhando as Linhas de Cuidado na atenção à criança, Reproduzindo o modelo médico-centrado, Apontando mecanismos reguladores do trabalho, Estabelecendo prioridades e Fazendo juízo profissional, Divergindo quanto as finalidades do cuidado e Aceitando rotinizar o trabalho. Esta categoria foi selecionada como contexto por caracterizar o espaço onde estão organizadas as ações e atividades do cuidado à criança.

A gestão do cuidado à criança na ABS, espaço das práticas de cuidado à criança, estrutura-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, assistenciais, sanitárias e epidemiológicas a partir da Estratégia Saúde da Família, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, bem como da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Para tanto, a ABS pressupõe níveis significativos de qualidade e resolutividade.

A partir do exposto, podemos compreender o cuidado à criança na ABS como um processo complexo, que requer atuação marcante dos profissionais com responsabilidades aos aspectos de vigilância e proteção da saúde. A atenção à criança no PSF parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento infantil, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e ao meio onde vive. Nesse espaço, a capacidade articuladora e de interlocução são competências exigidas na contemporaneidade para a gestão dos serviços de saúde e do cuidado. No exercício da gestão do cuidado, o enfermeiro é um “ser cognoscente” (ERDMANN, et al., 2006), capaz de aprender, trocar e transformar conhecimentos ampliando as relações e melhorando as práticas de saúde e de cuidado.

A atenção à criança no PSF articula-se a partir das **Linhas de Cuidado** definidas pelo MS (BRASIL, 2000), onde a equipe deve incorporar o trabalho em

equipe, envolver a família e o ambiente no cuidado à criança, prevenir, promover e apoiar o crescimento e o desenvolvimento infantil. A ABS é então, ponto estratégico, para a transformação e adoção de práticas no campo da saúde primordiais para se avançar na direção de um sistema que objetiva a qualidade de vida das crianças. Para tanto, deve poder realizar práticas que acolham, vinculem e que, na medida do possível, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novos formatos de produção das ações de saúde.

No cuidado à criança, as equipes do PSF, devem olhar e atender a criança na sua singularidade, complexidade e integralidade, assim como na sua inserção na família, na escola, creches e outros espaços sociais. Devem buscar a promoção da saúde infantil, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades do viver saudável.

Para atender as estas exigências, o cuidado à criança na ABS deve valorizar práticas integrais e humanizantes tendo como proposta o viver melhor. A exigência recai, portanto, em profissionais mais integrados e abertos a perspectivas de cuidar e de cuidado que ultrapassem o modelo médico hegemônico. A ABS tem, sob essa perspectiva, o objetivo da reorganização das práticas de cuidado em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, constituindo vínculos entre os serviços de saúde, a família e a comunidade.

As ações básicas, no campo específico da atenção à saúde da criança, são tentativas para adequar a oferta de serviços, de modo a concentrar recursos dimensionados para a solução dos problemas de saúde mais graves e de maior prevalência na população de crianças menores de cinco anos de idade. Essa medida tem por base a diminuição da mortalidade infantil e, para isso, exige uma reorganização dos serviços de saúde que considere a integralidade da atenção em um sistema universal, descentralizado, equânime e resolutivo.

Dentre as estratégias do cuidado à criança, a visita na primeira semana de vida, deve proporcionar aos profissionais oportunidades de identificar dúvidas e dificuldades da mãe nos cuidados com o recém-nascido. Durante a visita domiciliar o profissional avalia o estado geral da criança (cor da pele, febre ou hipotermia, atividade, sucção, aspecto do umbigo e eliminações). Enfatizam-se os cuidados relacionados ao aleitamento materno e higiene da criança, da mãe e do ambiente. Nesse primeiro atendimento o profissional confere se a criança recebeu as primeiras doses de vacinas (anti-hepatite e vacina BCG). É uma oportunidade para orientar a

importância das visitas mensais da mãe e da criança na unidade de saúde. O profissional deve oportunizar, durante a visita, a verbalização de dúvidas e/ou inseguranças da mãe e da família no cuidado ao recém-nascido. Os esforços da equipe é garantir o seguimento da criança por meio de atividades preventivas, promocionais e terapêuticas, prioritariamente até o quinto ano de vida.

Assim, promover a saúde da criança implica agir/intervir no contexto onde ela está inserida. A atenção passa a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que permite à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2001b). Outro ponto que merece destaque é a busca por singularizar a relação entre mãe/família/criança e profissionais, superando os atendimentos despersonalizados.

Compreendemos, então, que a ESF contribui grandemente para as atribuições e responsabilidades da ABS no cuidado à criança, de maneira que possam ser executadas e assumidas de forma inovadora, realizando uma efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. A ABS coloca-se, atualmente, como a principal diretriz da política para reverter os indicadores negativos em saúde, decorrentes da prática do modelo hegemônico centrado na doença, na hospitalização, na medicalização da assistência, no uso irracional dos recursos tecnológicos existentes e na baixa resolutividade dos problemas de saúde. Portanto, entre os contornos do cuidado à criança na ABS, o modelo médico-centrado, expressa o trabalho organizado pela lógica dos procedimentos (consultas, solicitação de exames, prescrição de medicamentos) e do conhecimento compartimentado. Estabelece-se uma relação de sujeito-objeto sobre a qual não há uma intervenção para a melhoria da saúde da criança. O trabalho é parcelado e realizado por práticas rotineiras e repetitivas, voltado para a produção de procedimentos regulados por mecanismos institucionais.

Os mecanismos reguladores do trabalho, como os protocolos e as atividades predeterminadas pelas normas, colocam a estrutura e a organização do cuidado à criança numa perspectiva divergente e de conflitos com a filosofia do cuidado expressa nas diretrizes da ABS e do PSF. Os profissionais, e de forma muito clara, as enfermeiras, lutam, embora de forma desorganizada, para superar a normatividade e a exigência da produtividade. Buscam novas formas de agir e intervir revelando possibilidades para mudar a configuração do cuidado à criança,

entre a norma e o instituído.

Nesse embate, os profissionais se colocam como “infratores”. Essa dinâmica entre o prescrito e o instituído faz dos profissionais atores e autores do cuidado e coloca para a gestão na ABS grandes desafios. Na nossa investigação, duas dimensões da gestão do cuidado se mostraram evidentes. Uma é a do **poder da norma** e a outra a **autonomia do profissional**. Essas duas dimensões não dialogam entre si. Há um “não-conversar” onde a legitimidade da argumentação técnico-científica impõe o silêncio às experiências dos sujeitos. (GUIZARDI et al., 2006, p. 15).

Estas dimensões – poder e autonomia – fazem emergir outra que é a competência em busca da eficácia da ação, que requer dos sujeitos tanto a apropriação das normas e saberes que antecedem a situação imediata de trabalho, como a gestão das variabilidades de determinada situação. Nesse sentido, a competência requer a construção de outras relações com a atividade que não aquelas do prescrito. Requer outras relações entre profissionais dentro e fora da equipe, com as chefias, coordenações e com a comunidade que não as tradicionalmente construídas hegemonicamente pelo campo da saúde. É a reinvenção do trabalho e do fazer. Reinventar o trabalho parece ser a necessidade, pois com a transformação dessas interações ele adquire outras composições, outros sentidos (GUIZARDI et al., 2006) e abre possibilidades de avanços para outras decisões e inovações no cuidado à criança.

Campos (2006, p. 128) critica a organização das unidades de saúde segundo a concepção de Programas ou Ações Programáticas, pois compreende que esta prática redundou em uma “tentativa frustrada de criar na rede básica linhas de montagem que conseguissem vincular o médico ao trabalho de equipe e à racionalidade interna dos programas” de saúde. Segundo o autor, esse modelo na atenção à saúde, aprofundou ainda mais a segmentação vertical dos serviços e ainda interferiu negativamente no envolvimento dos vários profissionais com os problemas de saúde. Houve ainda, na opinião do estudioso, um excesso de normatização que culmina com o agir isolado de cada profissional “já que agora dispunham de normas que estabelecem claramente os limites de atuação de cada um”. (Idem, p. 128).

De acordo com Merhy (1997a,b) e Mendes (1999) não basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. É

preciso, na opinião dos autores, um investimento para mudar o modo como os profissionais da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento das pessoas.

O desafio está em transpor a produção da saúde baseada em critérios técnicos, clínicos, burocráticos e administrativos para a produção de cuidados. Isto é, instrumentalizar a equipe de saúde com ferramentas para as tecnologias duras, leve-duras e leves necessárias para a produção e gestão do cuidado. (MERHY, 2002).

As experiências relatadas pelos participantes remetem à necessidade de repensar os modos de gestão na ABS. Há de se afirmar que no dia a dia do cuidado, as normas podem limitar as ações, mas pode contribuir para desenvolver habilidades e a criatividade no cuidado a criança.

Os participantes da investigação relataram que na organização do cuidado eles procuram estabelecer prioridades configurando-se, portanto, como instrumento para a reorganização da gestão do cuidado à criança na ABS. Nesse sentido, os profissionais podem se apropriarem do cadastramento de famílias como instrumento de avaliação de riscos e de definição de prioridades à saúde da criança, ultrapassando a finalidade formal e burocrática do referido instrumento. Fazemos destaque, para apoiar o estabelecimento de prioridades no cuidado à criança, a aproximação da equipe com as famílias e com o local onde vivem. Acreditamos que juntos, cadastramento e aproximação das famílias, poderão permitir prioridades reais para atender de forma mais consistente os problemas que afligem a saúde infantil.

Os participantes da investigação elaboram julgamentos quanto à qualidade da atenção e a capacidade dos profissionais de articular conhecimentos e ações atribuindo especificidades aos contornos do cuidado à criança na ABS. Apontam para a urgência de mudanças que decorre das exigências em relação ao perfil profissional, as modalidades de organização do trabalho, os desafios da interdisciplinaridade e a formação profissional. Ao fazerem juízo profissional, o compartilhar, o negociar decisões e a complementaridade do trabalho surgem como questão/problema na gestão do processo de cuidar da criança na ABS.

Aliada às competências e habilidades técnicas tem sido requeridas aos profissionais de saúde as habilidades relacionais que “capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais com base na cooperação” (PINHO, 2006, p. 69). A integralidade do cuidado à criança, aliada às propostas do PSF, podem alterar as

relações profissionais a partir do momento que é fundamental o agir coletivo para um cuidado mais eficiente e eficaz. No entanto, os elementos estruturais (CAMPOS, 2006) da medicina científica, fundamentam-se, numa prática excessivamente centrada na atenção individual e com ênfase nos procedimentos curativos. Os médicos tendem a encarar cada caso como um problema a ser resolvido exclusivamente dentro da relação médico-paciente, o que perturba as possibilidades do trabalho em equipe. A inserção dos médicos em programas integrais de atenção “é difícil. [...] não costumam trabalhar com técnicas de educação em saúde. Valorizam os componentes biológicos do processo saúde-doença, e raramente utilizam a eficácia de sua prática”. (CAMPOS, 2006, p. 124). Na opinião de Gariglio e Radicchi (2008), o problema não é o médico em si, mas a maneira como se comporta ou se insere no processo de trabalho. É uma inserção que lembra, na opinião dos autores, as correntes filosóficas que formataram a medicina, a formação acadêmica, os paradigmas da clínica, do mercado (como determinador de demandas de consumo) e do corporativismo da classe médica. O certo, é que a prática médica, persiste no modelo produtor de procedimentos e é reforçada pela política de financiamento da saúde na atenção básica, distanciando-os do trabalho articulado, interdisciplinar e em equipe.

A centralidade do médico nos processos produtivos em saúde configura-se, portanto, como problema no cuidado à criança. Mas, as atitudes, comportamentos e ações diante dos processos de doença e de saúde, dependem do compromisso ético e da capacidade inventiva dos profissionais diante das singularidades trazidas pelas demandas da população infantil. Nesse sentido, os modos de cuidar passam pela construção dos significados de saúde e do entendimento das finalidades das profissões que são determinadas pela oscilação entre a perspectiva mecanicista, biologicista e humanista. Para os médicos, a principal atividade a ser por eles executada, é o atendimento individual que não diferencia o seu processo de trabalho no PSF de outros contextos. Esses significados apontaram as dificuldades do médico trabalhar com a criança e sua família na ausência de uma queixa formal. O processo de trabalho do médico organiza-se para a definição de um diagnóstico e de “abstração das demais condições que incidem sobre o corpo”. (GARIGLIO & RADICCHI, 2008, p. 158).

Para as enfermeiras, o cuidado é a finalidade da sua prática. Compreendem que o cuidado agrega uma série de ações profissionais de natureza própria da



enfermagem, que se concretiza em um exercício multidisciplinar com sustentação teórica apoiada em outras ciências. Concordamos com, Collière (2003), Hesbeen (2000), Leininger (1991), Patricio (1993), Waldow (2002, 2006), de que o cuidado de enfermagem é a essência da profissão que se estrutura em dois grandes campos: o objetivo (técnicas e procedimentos) e um subjetivo por onde se misturam a sensibilidade, a criatividade, o amor, a ternura, o tato, entre outras habilidades e sentimentos, para cuidar do outro na sua essência humana, na sua individualidade e singularidade. É pela intersecção desses dois campos que a enfermagem se afirma como profissão do cuidado e:

[...] caracteriza-se como uma profissão histórica e culturalmente filosófico-humanística, que potencializa a saúde do cidadão e a própria construção da cidadania. Por isto mesmo não pode focalizar-se somente no biológico, em patologias e, menos ainda, submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e de organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente. (SOUSA et al., 2005, p. 269).

Leininger (1991) define que cuidar/cuidado refere-se a atos de assistir, apoiar ou facilitar a um indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, a melhorar a condição humana ou modo de vida. O termo cuidado, para a teórica, refere-se aos atributos, ações e qualidades de assistir outros em suas necessidades.

Na compreensão de Waldow (2002), o cuidar compreende comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana tanto para o processo de viver como de morrer. Como cuidado, entende o fenômeno resultante do processo de cuidar que envolve interação, conhecimentos e valores.

Os esforços das enfermeiras participantes da investigação, a partir dos relatos, visam proporcionar às mães e à família condições para cuidar da criança no sentido de orientá-las e de apoiá-las. Nessa perspectiva, cuidar em enfermagem se sustenta não somente em intervenções biomédicas, mas nas ações e atitudes que permitam prever necessidades envolvendo o compartilhamento de informações. Implica apoio e ênfase na prevenção e na promoção da saúde.

O cuidado de enfermagem à criança na ABS integra-se e articula-se com o

trabalho de outros profissionais, com a equipe, com a mãe e com a família. Para a produção do cuidado a enfermeira busca na interação com o médico, com o agente de saúde, e com outros serviços e instituições as condições para intervir junto à criança e sua família dando dinamicidade ao seu trabalho. Mas, a inserção de cada profissional no trabalho é produto do modo como se organiza para realizar e desempenhar as suas funções e atividades. Podem assumir atitude participativa, ativa e cooperativa, ou uma forma passiva, em uma postura de relativa aceitação das condições para a produção do cuidado. Pareceu-nos, que a forma como o trabalho médico se processa, em atividades isoladas e centralidade na doença, pode afastar a necessária mobilização da equipe e influenciar o estreitamento da aliança entre profissionais e produção de procedimentos. A passividade do profissional na produção do cuidado em saúde caracterizou-se como um ruído que pode refletir a ausência da gestão a partir de uma perspectiva dialógica e comunicativa em torno da qualificação do cuidado em saúde e, traz à tona, o desafio do protagonismo profissional para a organização desse cuidado.

A passividade profissional pode revelar uma organização mecanicista, divisão do trabalho, regularidade das ações e elevado padrão disciplinar, apesar de gozarem de autonomia. A padronização das atividades do trabalho faz com que as “tarefas” sejam definidas antecipadamente, impondo a certeza e a rigidez nos modos de encontro com a criança, com a mãe e a família. São situações de extrema simplificação da vida humana onde se institucionaliza a passividade e cultiva-se a apatia, distanciando os profissionais de sua participação na gestão do cuidado e da atenção à criança. O cuidado à saúde é dinâmico, e como tal, auto-organizador, ressaltando a necessidade da participação, do envolvimento e das críticas, facultando ajustes e re-organizações permanentes no sistema de cuidados à criança.

### **5.2.2 Condição Causal**

Para o SUS, pensar e propor a integralidade constitui um desafio maior, que se constitui, desde a Constituição Federal de 1988, em oferecer arranjos locais dos serviços capazes de proporcionar a integralidade da atenção em saúde. Mattos (2003) refere que esse desafio desdobra-se em três dimensões que, embora

estejam intrinsecamente associadas entre si, nem sempre são tomadas como condições para reflexão dos sentidos da integralidade. Como primeira dimensão, encontra-se aquela relativa à capacidade de as políticas governamentais ordenarem o sistema de saúde, de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população. Na segunda dimensão, o autor destaca a organização dos serviços de saúde, no sentido de garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica, demandados em cada situação assistencial, para que o atendimento prestado tenha resolutividade. Por fim, a terceira dimensão é aquela relativa aos conhecimentos e às práticas dos trabalhadores da saúde, pois se refere à capacidade de gerar acolhimento e de desfragmentar o cuidado e a atenção em saúde.

**Qualificando o cuidado à criança** (Categoria 4) nas práticas em saúde requer, no cotidiano dos profissionais, sobretudo das equipes de saúde, uma postura ética, política e moral de reconhecimento da diferença da diversidade das demandas apresentadas pela população infantil, assim como as respostas oferecidas para solucioná-las.

Uma idéia importante para a integralidade do cuidado à criança é aquela que se refere aos encontros entre profissionais de saúde, crianças, mães e famílias que implica na capacidade de o profissional não só identificar problemas, mas compreender o sofrimento presente nos envolvidos. Nesse sentido, a integralidade do cuidado estaria relacionada às práticas dos trabalhadores de saúde, no sentido de que esses sejam capazes, em um diálogo recursivo, gerar acolhimento, vínculo e responsabilização em um esforço, para desfragmentar o atendimento e gerar um legítimo encontro com o outro, no nosso caso, criança e família.

No entanto, não existe um sentido comum sobre o que seria o melhor para as diversas maneiras de agir, de cuidar. O que podemos interrogar são os valores que atribuímos ao nosso agir. Pois são os valores que determinam e revelam os nossos compromissos e responsabilidades para com o outro. **Qualificando o cuidado à criança** diz respeito a nossa essência como profissional da saúde. Diz respeito as nossas opções e desejos, as nossas escolhas, caracterizando-se, nessa investigação como condição causal para a teoria substantiva. Perspectivando a integralidade do cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças.

O cuidado diferente, nesta investigação, é aquele em que a aproximação com a família se efetiva e onde as mães e as crianças são conhecidas pelo nome. O

cuidado diferente é o cuidado amoroso, sensível, humano, solidário e terapêutico, que busca conciliar as várias dimensões da vida e do viver, aliando aos aspectos biológicos os sociais, culturais e psicológicos. O cuidado diferente relaciona-se ao cuidado do enfermeiro.

A visita domiciliar pode se configurar como o que há de mais efetivo na relação de iguais. Na casa da família as relações são horizontalizadas, as mães se sentem importantes e vêem que seus esforços no cuidado à criança são reconhecidos pelos profissionais. Na casa da família, os profissionais percebem que apesar de todas as adversidades, como desemprego, precárias condições de moradia e saneamento, as mães se esforçam no cuidado preventivo e de promoção da saúde da criança.

O cuidado desigual parece ser um descuido. No cuidado desigual as mães e as crianças são desconhecidas dos profissionais, tidas “como mais uma” e são responsabilizadas pela doença dos filhos. Vendo o cuidado diferente e Falando do Cuidado Desigual reforça a necessidade da clínica centrada nos sujeitos (MERHY, 1997) e em famílias reais onde as ações podem ser desenvolvidas pela utilização das tecnologias leves (MERHY, 1997) e na dimensão relacional. (MERHY, 1997; CAMPOS, 2003).

Compreendemos que uma ação realizada numa perspectiva médica técnico-científica não seja autenticamente de cuidado. Ela é cuidadora. É útil para a cura ou para reduzir os efeitos negativos da doença. Mas falta cuidar do agir e da atitude. É nesse contexto que se insere as práticas e os saberes dos profissionais e que precisam ser desafiados. Desafiados por um conhecimento que ultrapasse a fragmentação pela perspectiva de saberes integradores, mutantes, capazes de combater as certezas e as racionalidades.

O cuidado enquanto ato, meio e/ou produto de práticas em situação de saúde ou de doença é tarefa de todos, ou pelo menos deveria ser. O cuidado “não designa somente um ato ou uma ação, ele significa também uma inquietação, uma preocupação, uma maneira de ser ou ainda uma maneira de agir”. (HONORÉ, 2004, p. 71). O cuidado não significa um procedimento que se encerra nele mesmo; o cuidado é o modo de estar em relação com o outro; significa valorizar o outro como verdadeiro outro (alteridade); não é somente um encontro marcado pelo mecanicismo de uma intervenção; o cuidado não aborda a doença, mas o indivíduo/sujeito portador de necessidades; o cuidado não se reduz à dimensão

biológica - estende-se às dimensões subjetivas e sociais das crianças e suas famílias; no cuidado não há alienação – há interesse, escuta, olhares, toques, tato, comunicação; não há instrumentos padronizados – há incertezas e surpresas.

Os diferentes modos de cuidar e de cuidado dão os contornos da atenção a criança na ABS onde profissionais e mães buscam novos modos de fazer: pelo cuidado diferente, pelo cuidado desigual, pelo cuidado integral e pelo movimento que acompanham as relações e os valores do cuidado, do cuidar e do ser humano. Afinal o cuidado deve mobilizar afetos, emoções, atenção.

**Qualificando o cuidado à criança** é condição causal por buscar associar ao conhecimento científico e tecnológico o conhecimento humanístico e projetos terapêuticos singulares que “perpassa pelo olhar solidário e interessado do profissional”. (BETTINELLI, et al., 2003, p. 234). O cuidado não se materializa sem a humanização (DESLANDES, 2007); o cuidado está relacionado ao modo como os profissionais lidam com as crianças, com as mães e com as famílias.

Vasconcelos (2003), apoiada pela complexidade, defende o cuidado na visão holográfica (cuidado integral) percebendo o indivíduo na sua totalidade. Nesse sentido, o cuidado deve estar focado no todo e, ao mesmo tempo, em cada parte. Cuidar na visão holográfica tem a perspectiva de que a parte tem acesso ao todo e o todo às partes. Significa que ao cuidar de uma parte não se pode esquecer da totalidade do ser, pois essa parte é parte de um todo. Para a autora, o todo, é tudo que cerca o ser humano, desde os pensamentos, as ações até o ambiente. Caracterizando o cuidado integral é entendido como o “entre-relações” das pessoas com repercussões positivas para profissionais, usuários e instituições traduzidos em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. (MERHY, 1999). Como valor, o cuidado integral, deve ser sustentado e defendido nas práticas e nas atitudes dos profissionais de saúde (MATTOS, 2006), incluindo aquelas que dizem respeito à comunicação.

A comunicação, como valor, é percebida tanto por quem cuida como por quem é cuidado. É condição que exige repensar e reagir a favor da reintegração da ação do pensar na saúde. Sob essa dimensão, as experiências cotidianas constituem sua principal fonte de revalorização. A efetividade de comunicação relaciona-se com a linguagem corporal que se expressa pela proximidade, postura e contato visual com o outro (SILVA, 1996), envolve interação, processos sociais, psicológicos, pessoais e da própria organização do trabalho. A comunicação na

saúde e no cuidado é fenômeno complexo. E por ser complexo, se caracteriza pelas incertezas, opções, interesses e expectativas de cada um. (SILVA, 1996). Utilizar de forma inadequada a comunicação pode ser caracterizado como descuidado por fazer com que o modo de cuidar seja impessoal e descompromissado; reduz o universo do cuidado e dos saberes para um modo de cuidar estruturado, rígido, empobrecedor do encontro, onde crianças e mães são “não-sujeitos”, simples cumpridores de determinações e rituais da saúde defendidos e operados pelos profissionais. O modelo tradicional de comunicação baseado na transmissão da mensagem em movimento unidirecional, é extremamente criticado na contemporaneidade. Nele, a informação é caracterizada por autoridade do profissional que usualmente utiliza de expressões que sugerem ordem/determinação. A comunicação como processo que tem sua especificidade diferente da informação utiliza “um conjunto de teorias, habilidades e técnicas necessárias para a recuperação, produção, conservação e reprodução das mensagens destinadas [...] a melhoria das condições de vida dos indivíduos”. (PEREZ, 2007, p. 13). É, portanto, estratégia para compartilhar conhecimentos, saberes e práticas no cuidado à criança, onde há zelo por uma linguagem clara, objetiva e interativa.

O cuidado integral implica atender às necessidades da criança por meio de um sistema de cuidados organizados hierarquicamente, compreendido aqui, na dimensão do direito. O acesso a níveis de maior complexidade no sistema é uma dimensão importante da integralidade não sendo lícito negar os benefícios da tecnologia em saúde hoje disponíveis. Para Conill (2002), além do caráter completo do cuidado, a integralidade envolve a continuidade do cuidado. Estas questões dizem respeito à capacidade de resolutividade não somente do PSF, mas do sistema de saúde como um todo.

Caracterizando o cuidado integral pode ser percebido nos modos de cuidar da criança por onde circulam afetos e emoções. Esse envolvimento e preocupação com o outro permitem conceber práticas de cuidado integral à criança. Assim a integralidade do cuidado à criança ganha cada vez mais centralidade nos modos e atitudes de cuidado pelos profissionais de saúde em conexões desencadeadas pela mobilização de atitudes subjetivas e nas escolhas de gestores e profissionais.

Portanto, **Qualificando o cuidado à criança** se sustenta em um sistema de valores e nas opções dos profissionais de saúde. **Qualificando o cuidado à criança**

é reconhecer que cuidar tem sentidos diferentes que se fundam no valor da vida e na dignidade humana. Compreendemos que o valor ao cuidado se constrói nos esforços, na colaboração, na comunicação, na complementaridade e no fazer/agir de profissionais, de famílias, de serviços e gestores.

É preciso esperar que para além das perspectivas particulares e da diversidade de sentidos há um convite para que surjam outras novas perspectivas onde os acontecimentos nos fazem andar para frente e nos faz lembrar que somos pessoas com consciência. **Qualificando o cuidado à criança** é cuidado singular, é encontro que valoriza a vida e que respeita o outro nas suas diferenças. É atenção e responsabilidade pelo outro nas suas particularidades.

### 5.2.3 Condições intervenientes

Como elemento estruturador da teoria substantiva, as condições intervenientes foram construídas a partir de duas categorias: **Modelando a integralidade do cuidado na ABS – facilitadora - (Categoria 1)** e **Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades – limitadora – (Categoria 5)**.

No cuidado à criança na ABS, o esforço deve ser o de não perder oportunidades de atenção, de prevenção, de promoção e de assistência integral e interdisciplinar. É sob essa ótica que cada profissional articula sua ação com a do outro e com a de outros atores sociais, e desses com cada nível de atenção, conformando uma rede de saúde e de apoio por onde caminha a criança e sua família.

A integralidade do cuidado à criança contempla, nessa perspectiva, todas as ações dos mais diversos setores no sentido de prover respostas satisfatórias para a produção do cuidado, não se restringindo aos aspectos biológicos ou de doença e cura. Tais propostas exigem atuação em equipe, articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais, efetivando-se um trabalho solidário e compartilhado, com resposta qualificada às necessidades da saúde infantil. O olhar de cada profissional adiciona saberes e possibilidades de atenção sobre o todo da criança, fazendo do trabalho em equipe uma experiência que é construída e co-construída pelo respeito ao outro e pela tolerância; se faz e refaz ao aceitar sugestões, ao respeitar as diferenças, as limitações e as competências de cada um.

Feuerwerker (2002) indica que a possibilidade de atenção integral implica ampliar os referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de sua compreensão e de sua ação e, ao mesmo tempo, reconhecer a limitação da ação uniprofissional para atender as necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para ampliar a sua autonomia). Esta compreensão coloca o trabalho interdisciplinar como necessidade fundamental para o trabalho em saúde.

A integralidade do cuidado, aliada às propostas do PSF, podem alterar as relações profissionais a partir do momento que é fundamental o agir coletivo para um cuidado mais eficiente e eficaz. O trabalho em equipe surge como recurso estratégico para redesenhar o trabalho em saúde.

Os problemas de saúde, na maioria das vezes, resultado de várias circunstâncias (veículo, vetor, atitudes, comportamentos, hereditariedade, entre outros), envolvem pelo menos duas dimensões: o sujeito e a família. Queremos dizer com isso, que são complexos e multidimensionais, portanto, não podem ser entendidos isoladamente. Exigem compreensão sistêmica, valoriza o pensamento intuitivo e não linear, as parcerias e a cooperação profissional e institucional. Abandona o exercício hierárquico e elege o exercício em rede, onde se privilegiam padrões de relacionamentos entre atores e instituições. (JUNQUEIRA, 2000).

Nas ações intersetoriais, as prioridades para a saúde da criança são estabelecidas com a articulação das diversas políticas sociais e da comunidade, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas da população infantil. A intersetorialidade, portanto, pressupõe a definição de objetivos para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações.

A intersetorialidade incorpora a idéia de trabalho articulado, cooperativo, multidisciplinar, interdisciplinar, institucional e interinstitucional. É produto das diversas ações setoriais no sentido de um olhar mais adequado e menos falho proporcionando melhor resposta para a saúde da criança. Exercitando práticas intersetoriais na saúde da criança pressupõe definição de objetivos para os quais cada setor contribui com suas especificidades, articulando e produzindo novas ações. Nesta perspectiva, a integralidade contempla diversas ações para prover



resposta satisfatória (JONES, 2000) na produção do cuidado, não se restringindo às demandas apresentadas pelas crianças e suas famílias. Tais propostas exigem atuação em equipe, articulando saberes, ações, atitudes e habilidades de profissionais e comunidade efetivando-se numa proposta solidária e compartilhada com resposta qualificada à saúde da criança.

As ações coletivas e intersetoriais de promoção da saúde podem ser pensadas a partir dos vários contextos de inserção da criança: escolas, creches, pré-escolas, família, comunidade e unidades de saúde. Entendemos que as interferências sobre estes contextos instrumentalizarão profissionais, instituições, famílias e comunidades a melhores condições de vida e saúde.

Cabe ao profissional dominar os processos lógicos de construção dos saberes e de mobilizar saberes, competências e práticas em atividade social. Para Franceschini (2005, p. 14), competência profissional é a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, [...] para resolver problemas e enfrentar situações [...] em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural”. Para a autora, é necessário pensar competência como conceito político-educacional abrangente, como processo de articulação e mobilização de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilitem ao profissional o exercício eficiente da ação, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na produção da saúde.

Defendendo o preparo do profissional para atuar na ABS, nos dirige para Merhy (2002) quando ele nos alerta que devemos ficar atentos ao fato de que todo profissional, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado. Como tal deveria ser preparado para atuar no campo das tecnologias leves, nos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos. Um preparo centrado em um “projeto cuidador” que “faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que em última medida seja centrada no usuário, de forma a serem pessoas reais cuidando de pessoas reais”. (MERHY, 2002, p. 82).

No entanto, a formação em saúde é realizada por meio de disciplinas fechadas nelas mesmas, o que para Morin (2005), atrofia a atitude natural do espírito para situar e contextualizar o conhecimento e a ação. Decorre, portanto, a necessidade de ensinar a pertinência, ou seja, um conhecimento que seja ao

mesmo tempo analítico e sintético das partes religadas ao todo e do todo religado às partes. A relação entre o todo e as partes permite contextualizar diferentes formas de ensinar, de aprender e de construir conhecimentos sendo extremamente importante para a integralidade do cuidado. No processo de ensinar e aprender é possível considerar a articulação entre o todo e as partes e das partes com o todo e, assim “inventar outros modos de formar, educar, pensar e agir em saúde.

Nesse caminhar, existem movimentos protagonistas na educação superior dos cursos de saúde, dentre os quais, as novas Diretrizes Curriculares, Currículos Integrados e maior articulação ensino-trabalho. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde foram aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002 e afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Em especial, na formação de enfermeiros foi acrescida a compreensão de que o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento. (ALMEIDA, 2003). O cuidado de enfermagem “rompe com a fragmentação corpo/mente, normal/patológico”; é integrador, humanizado, terapêutico e como tal é ético e estético, tem compromisso social e político. (PRADO, et al., 2006, p. 297). O que demanda, na opinião das autoras, uma formação crítica-criativa e implica conjugar objetividade e subjetividade em um confronto com o paradigma hegemônico.

A abordagem da integralidade do cuidado na formação do enfermeiro requer uma compreensão do ensino como processo construído por docentes, estudantes, profissionais e comunidade, que juntos se movimentam como sujeitos e, assim determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social. (SILVA, SENA, 2006). Para tanto, a formação do enfermeiro precisa ser também integral e interdisciplinar, permitindo a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano e sua subjetividade.

No Brasil, as universidades gozam de autonomia definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o que de certa forma pode aumentar o compromisso destas instituições a movimentos inovadores na formação superior em saúde.

Queremos destacar aqui os vários movimentos para a reorientação da

formação dos profissionais de saúde no Brasil como APRENDERSUS<sup>11</sup>, ENSINASUS<sup>12</sup>, os esforços da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e da Associação de Educação Médica (ABEM), todas desempenhando importante papel na implementação de mudanças na formação em saúde pela interação com a rede de serviços tendo em vista incluir outros conteúdos e práticas orientadas pelos princípios da universalidade e da integralidade.

Merhy (2002, p. 117) ao discutir a construção de um modelo ideal na formação do profissional de saúde, destacando a formação do médico, se contrapõe ao que ele nomeia de uma panacéia que a tudo o clínico viria a resolver: “profissional como um milagreiro, desprezando-se a complexidade do atuar em saúde e a necessária multi-referencialidade desse agir”. Há de se enfatizar que qualquer formação em saúde ou categorias profissionais inteiras são limitadas para alcançar, de fato, todo o espectro de demandas apresentadas nas situações de adoecimento ou sofrimento por problemas de saúde. São condições que devem promover o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar ao contrário da tentativa de formar “superprofissionais” de saúde.

Ainda sob o escopo da formação profissional Barros (2006, p. 138) relata que os processos formativos na saúde oferecidos pelas universidades são analisados como “desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo saberes que revelem ou transformem essa realidade. São saberes que não sabem, fragmentados e desarticulados”. No entanto, a autora defende que culpabilizar ora profissionais, ora a universidade, ora o currículo é negar todo um quadro de referência que precisa ter presente a dinâmica da produção social das realidades constituídas. Mais do que reestruturação dos currículos, a formação depende da atuação do trabalhador no espaço social (Idem), ou seja, não é possível dissociar atenção e cuidado dos modos de gestão dos serviços e da formação em saúde. Significa ampliar necessidades tanto na formação superior como na gestão dos processos organizativos do trabalho em saúde. (GROL, 1997; ROWE et al., 2001). Significa a necessária articulação entre as instituições formadoras, as

---

<sup>11</sup> Resultado de um trabalho articulado entre o Ministério da Saúde e da Educação envolvendo instituições de ensino para apoiar a implementação das diretrizes curriculares nacionais, compromisso como princípios e diretrizes do SUS envolvendo uma política para a especialização em área profissional e ampliação para maior desenvolvimento do sistema de saúde

<sup>12</sup> Tem como objetivo identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da integralidade, na direção e consolidação do SUS como política de Estado de garantia do direito a saúde.

instituições de saúde e dos campos de trabalho onde estão inseridos os profissionais de saúde. É vincular a produção do saber com a produção do fazer. É aproximar teoria e prática.

Para isso é fundamental compreender adequadamente os limites e as possibilidades das inovações e das reformas da educação dos profissionais de saúde frente ao perfil das práticas médicas hegemônicas. Ainda assim, os profissionais de saúde deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades. Acreditamos que a articulação para as mudanças curriculares nos cursos da área da saúde são capazes de produzir conhecimentos e de formar profissionais para intervir adequadamente nos processos e necessidades sociais, da saúde e da doença da criança e sua família, inserindo-as em um contexto maior que é o da comunidade onde vivem e estabelecem vínculos sociais.

Apesar das Diretrizes Curriculares e das Diretrizes do SUS constituírem-se como estratégias e referências para o perfil profissional, não são suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicas em saúde. Para Merhy (1999), Ayres (2004b,c), Honoré (2004), Deslandes (2007), talvez falte aos profissionais e aos serviços se ocuparem do agir para assim construir o ajustamento e acomodação das atitudes, das aptidões e de comportamentos para a produção qualitativa e resolutiva de intervenções em saúde. Talvez seja necessário o profissional estar disponível para a possibilidade de uma dedicação diferente da habitual. Quem sabe de “ser criativo para fazer face ao imprevisto, de enriquecer a experiência e aumentar a competência, de contribuir para o enriquecimento de conhecimentos, para a produção de saberes e de saber-fazer pela descoberta”. (HONORÉ, 2004, p. 46).

Para tanto, novos passos para além das diretrizes, serão necessários para que as mudanças na formação ocorram amplamente nos cursos da área da saúde. Entre eles, reconhecer que será necessário trilhar novos caminhos e explorar práticas inovadoras no cuidado e no cuidar, pois a resposta ao sofrimento humano indica algo para além do valor da eficácia de um saber sobre as doenças.

Nesse sentido, **Perspectivando a integralidade do cuidado à criança na ABS em contexto de mudanças**, é como elemento aglutinador e organizador das práticas de saúde, que objetiva não fomentar a dissociação saúde/doença, doente/doença, criança/família, saúde/cuidado, profissional/cuidado,

profissional/criança/família e serviços de saúde/comunidade; que os conhecimentos e os saberes que sustentam a competência técnica estejam aliados à dimensão cuidadora e apoiados por valores humanos e éticos; e que seja processo de construção social (ASENSI, 2007), pois apresenta potencial de horizontalização das relações entre os atores envolvidos no campo da saúde. A integralidade pode assim ser utilizada como proposta de transformação das práticas e da redefinição de valores sociais, numa linha em que direito à saúde e integralidade forma um todo, isto é, a garantia de um depende da existência do outro.

Uma das propostas para mudanças no modelo de atenção à saúde é a centralização da intervenção na família. O PSF estruturalmente define a aproximação com a família como estratégia para o fortalecimento do vínculo entre serviços e profissionais visando, sobretudo, maior eficácia e resolutividade da ABS. Apoiando essa estratégia articulam-se outras condições, como a territorialização, o cadastramento das famílias e o conhecimento do perfil social e epidemiológico da população adstrita. A aproximação com a família como interface positiva para a integralidade do cuidado à criança reafirma esse grupo social como unidade de cuidado.

Na opinião de Elsen (2002), a família é um sistema e, como tal, preserva a saúde de seus membros, toma decisões em relação às queixas, acompanha e avalia a saúde e a doença dos seus componentes. Nesse processo, a autora inclui a família como promotora da saúde e da vida. O cuidado familiar entre outros aspectos direciona ao crescimento, ao desenvolvimento, ao bem-estar e à saúde de seus membros. Compreendemos assim, a importância do profissional de saúde preocupar-se com o contexto familiar para o cuidado à criança. São evidências que exige repensar modos para intervir na e com a família com vistas a um cuidado compartilhado e de co-responsabilidades.

Hanson (2005) ao compilar estudos sobre a enfermagem de família organizou o papel do enfermeiro em 13 grupos: educador de saúde (ensina sobre a saúde e a doença); coordenador, colaborador e intermediário (coordena os cuidados dirigidos à família, colabora no planejamento do cuidado junto à família e serve de ligação entre a família e o serviço de saúde); executante, supervisor de cuidados (executa e supervisiona os cuidados); advogado da família (dá poder aos membros da família para se manifestarem ou fala no seu nome); consultor (facilitador do cuidado); conselheiro (desempenha papel terapêutico de ajuda à família para

solucionar problemas); detector de casos e epidemiologista (identifica, notifica e providencia tratamento); modificador do ambiente (articula-se para alterar o ambiente com o objetivo de atender necessidades da família ou de algum membro); explicador (explica para a família as informações sobre agravos ou medidas de prevenção e tratamento); substituto (pode substituir temporariamente alguém da família durante a realização de procedimentos ou intervenções); investigador (identifica problemas e busca soluções); modelo de identificação (a família pode enxergar no enfermeiro um modelo a ser seguido se este apresenta comportamentos positivos para a promoção da saúde); supervisor de processos (coordenação e colaboração do cuidado entre a família e o serviço de saúde para a continuidade do cuidado). São papéis, que o enfermeiro desempenha isoladamente ou pela associação de muitos deles. No entanto, no PSF a abordagem à família como estratégia do cuidado, não garante intervir nesse grupo social enquanto sistema, pois a intervenção é sempre dirigida para o membro, ou seja, a atenção é realizada individualmente segundo demandas de cada familiar. Por outro lado, o cuidado à criança, coaduna-se no cuidado à família enquanto contexto, isto é, utiliza o ambiente físico, social, econômico, afetivo e psicológico da família para prover a criança de adequadas condições de crescimento e desenvolvimento.

O certo é que de uma ou outra forma, o contato do profissional com a família se dá no âmbito da ABS formalizado pelas atividades e instrumentos normativos. Dessa forma a organização estratégica do PSF, em um território definido e com uma unidade de saúde de mais fácil acesso à população, são algumas das condições que pode permitir aos profissionais apreenderem no seu cotidiano as condições de vida das famílias. (REZENDE, 2007). Por certo, os modos de intervir na família não se sustentam somente em intervenções biomédicas, mas nas ações e atitudes que permitam prever outras necessidades da criança e da família envolvendo cuidado interdisciplinar e intersetorial.

Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades, como **condição interveniente limitadora** deste modelo teórico, revela as limitações relatadas e experienciadas pelos profissionais e mães no cuidado à criança na ABS.

Reconhecidamente o direito à saúde foi universalizado a partir da reorganização do sistema de saúde com o movimento da Reforma Sanitária. O PSF, enquanto estratégia, e atualmente política, para reorganização da ABS tem assegurado esse princípio, apontando para a garantia do acesso da população aos

serviços sem quaisquer critérios de exclusão. No PSF as atividades remetem ao atendimento das demandas de saúde da população para além dos problemas biológicos. Atender a estas necessidades é dar um salto qualitativo na atenção e no cuidado em saúde.

Com essa afirmativa, impõe pensar que tipo de acesso foi disponibilizado para a população e, em que medida o PSF contribui para garantir a sustentação do atendimento ampliado, eficaz e resolutivo em saúde. A crítica que vem sendo feita por profissionais e pela população é a incapacidade resolutiva de grande parte das equipes do PSF. É apontado como aspecto crucial, o despreparo profissional para intervenção nesse nível do sistema de saúde. Tal situação gera um descrédito no sistema, ruindo com os princípios da universalidade e da integralidade. Somam-se a este aspecto, o reconhecido estrangulamento no sistema de acesso aos demais níveis de atenção. Os mecanismos tentados como possibilidades para estabelecer a articulação entre os mesmos têm obtido resultados que não impactam positivamente no cuidado à criança. Entre os mecanismos podemos enumerar as “centrais de marcação de consultas”, que teoricamente, devem conferir agilidade e dinâmica ao sistema, garantindo o circuito entre referência e contra-referência.

A pouca eficácia, mais uma vez, determinam descrédito, desconfiança e **insegurança** na população e nos profissionais. Tais situações têm refletido o baixo impacto da ABS na saúde da criança, e tem sido explicada, de forma mais freqüente, pela **desarticulação entre os níveis de atenção**. Produz um círculo vicioso: ABS com baixa resolutividade aumenta a demanda nos demais níveis de complexidade, e conseqüentemente, aumenta a insegurança da população em relação a ABS. Produz e reproduz dificuldades e limitações. Por outro lado, tem sido apontado como causa da baixa resolutividade da ABS o perfil profissional, particularmente de médicos, que enfrentam dificuldades para atuar frente à complexidade dos problemas de saúde. (FEUERWEKER, 2005).

São vários os níveis de limitações do cuidado à criança na ABS, alguns políticos, institucionais, físicos, gerenciais e outros que dizem respeito aos aspectos profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, entre eles, o perfil profissional, o processo de trabalho e os valores escolhidos pelos profissionais para desenvolver suas atividades.

No município investigado, o processo de trabalho na ABS, se caracteriza por uma divergência no seu objeto o que faz aumentar os conflitos na equipe de

saúde. Os profissionais detêm distintas visões entre si, entre o objeto do trabalho e finalidades a que se destinam as suas práticas. Nesse campo de discussão, Hall e Weaver (2001) destacam que uma equipe é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns onde cada membro poderá contribuir com seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar a contribuição do outro. Nessa dinâmica o papel dos profissionais se alterna entre **papel central** e **papel periférico**. Entre assumir estes papéis, hora central e hora periférico surgem conflitos.

Na nossa realidade – São Luís do Maranhão - o trabalho em saúde é desenvolvido por um conjunto distinto de profissionais (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e Agente de Saúde) onde cada um centra sua atenção na parcela do trabalho que lhes cabe, muitas vezes sequer percebendo que assim contribuem ainda mais para a fragmentação do cuidado. (LOPES, HENRIQUES, PINHEIRO, 2007). Com essa postura, reafirmam a autonomia absoluta de um profissional sobre o que poderia ser um trabalho colaborativo, em equipe e interdisciplinar. Nesse conflito há disputas de competências, autoridades e poderes particulares. (SCHRAIBER, 1999); há divisão de tarefas e definição de papéis a partir da dominação do modelo médico-hegemônico.

Em relação a esse aspecto, os significados construídos por enfermeiros e médicos ao trabalho na ABS, conformam-se em duas situações: enquanto os enfermeiros relatam satisfação com o trabalho na comunidade, para os médicos isso é condição para conflitos e insatisfações. Produz-se assim uma hierarquia de valores entre o que é da ordem médica e o que é do campo de atuação do enfermeiro. Com essa estrutura rompe-se com o trabalho em equipe e com a interdisciplinaridade. A medicina, fundamentada no conhecimento objetivo e da perspectiva analítica e experimental reduz a atenção à criança ao biológico. Mesmo atuando na ABS, campo das baixas tecnologias das máquinas, a prática médica dirige-se para a relação biológico/patológico. As enfermeiras queixam-se do trabalho burocrático e fazem opção pelo papel cuidador no contato e na interação com as crianças, as famílias e a comunidade. Dessa forma, os modos de cuidado e de cuidar se constituem no fazer de enfermeiros e médicos em dois grandes campos: o do fazer técnico simplesmente, e o outro, em que as dimensões técnicas e subjetivas se articulam e os sentimentos de afeto e solidariedade se concretizam. Defendemos que aproximar-se das crianças, de suas famílias e do ambiente onde vivem envolve dimensões subjetivas tão importantes quanto as dimensões técnicas e biológicas.



Desconsiderar as subjetividades nas experiências de cuidado implica conseqüências negativas para as relações de cuidado por comprometer a comunicação, a negociação e a tomada de decisões.

Nas equipes de PSF, nas quais a investigação foi desenvolvida, os papéis de enfermeiro e médico têm dupla natureza de valores: o técnico e o cognitivo é papel do médico; enquanto os papéis relacionais, de promoção, de prevenção e de colaboração com a saúde da criança é papel do enfermeiro. Destacam-se as divergências quanto às visitas domiciliares. Em algumas equipes é uma atividade realizada em parceria onde todos os membros participam. Em outras, as visitas domiciliares são assumidas pelo enfermeiro e agentes de saúde, explicitando as resistências em função da divisão de papéis.

Além da resistência do médico em participar junto com os demais profissionais das visitas domiciliares, as mães relataram que estas podem representar invasão da privacidade da vida familiar e romper com as questões de confiabilidade que se estabelece nas relações de cuidado. Alonso (2003) e Craco (2006) compartilham da idéia de que uma aproximação súbita, repentina e inesperada do “estranho” no domicílio das famílias pode alterar a rotina familiar e acentua a importância do agendamento das visitas. Consideramos que além do agendamento (dia e hora), há de se questionar se a família concorda com a referida atividade. Portanto, as visitas devem acontecer a partir de um acordo entre família e equipe para que a entrada da equipe no domicílio seja um encontro com significado positivo para a saúde da criança e da família.

Não podemos deixar de inferir a necessária instrumentalização da equipe do PSF para a intimidade familiar, que é a visita domiciliar, e os processos interativos dela decorrentes. Torna-se necessário um investimento institucional, profissional, na equipe e individualmente, para criar, utilizar e experimentar instrumentos e/ou mecanismos para interferir com e na família de modo que esse “convívio social se configure em uma atenção profissional democrática, competente e eficaz para a saúde da família”. (ALONSO, 2003, p.194).

Talvez a insatisfação das famílias no que diz respeito à visita domiciliar seja a ausência de objetivos assistenciais claramente definidos pela equipe. Os profissionais deslocam-se para os domicílios sem antes discutirem as finalidades, o que fazer e como fazer coletivamente ou individualmente no contexto familiar. São visitas rotineiras, na maioria das vezes, para atender as exigências da realização da

referida atividade como procedimento quantificado para o financiamento da atenção básica, do que uma ajuda efetiva e comprometida à família. Não obstante, a visita domiciliar, nesses moldes, pode ter para as famílias um caráter ameaçador de invasão do seu espaço interior e da sua intimidade familiar.

Com as visitas domiciliares a equipe acessa periodicamente a intimidade familiar. Alonso (2003) adverte no seu estudo sobre as questões éticas que envolvem o cuidado às famílias no domicílio. Por essa razão, a autora enfatiza a confidencialidade como aspecto fundamental, imprescindível e complexo nas relações entre equipe, famílias e comunidade. Ainda sob a intimidade familiar e as questões da confidencialidade, é preciso questionar que informações são absolutamente necessárias para ajudar as famílias na solução dos seus problemas de saúde, e em que medida estas informações deverão ser compartilhadas com todos os membros da equipe.

Concordamos com Alonso (2003) e Craco (2006) quando relatam que o PSF não prepara, adequadamente, a equipe para o trabalho com as famílias no espaço da intimidade familiar que é o domicílio. A equipe não discute os aspectos conceituais sobre família o que dificulta a compreensão sobre a saúde familiar. Assim, os profissionais focalizam a saúde individual dos membros da equipe quando poderiam orientar-se para a família como unidade de cuidados. A família como unidade de cuidado tem se configurado como desafio para a prática em saúde, que na opinião de Elsen (1994), imposto pelas poucas habilidades técnicas e cognitivas dos profissionais em lidar com o contexto familiar.

**Valorizando a aproximação com a família e Divergindo quanto à visita domiciliar**, sugerem um novo olhar para a organização do cuidado na equipe que mobilize intenção consciente da prática assistencial no mundo e no ambiente da família. Sugere o exercício do diálogo interdisciplinar, da criatividade, das habilidades de cada profissional que valorizem o fazer melhor.

Discutindo as condições intervenientes limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na ABS, alcançamos os aspectos físicos e estruturais das Unidades de Saúde da Família. As inadequações físicas das USF refletem negativamente no desenvolvimento das atividades, quando profissionais e mães relatam o cansaço e o desgaste físico decorrentes do calor, da falta de ventilação, aeração e iluminação nesses espaços. São condições que comprometem o conceito de qualidade de vida e da saúde de trabalhadores e usuários. Expõem crianças,

mães e outros usuários ao contato com doenças pela veiculação aérea e pode desencadear nos profissionais a desesperança e a desvalorização.

Segundo relato dos participantes (profissionais e mães) a estrutura das unidades caracterizam-se por ser ambiente insalubre que contribui para o comprometimento da saúde do trabalhador. Nesse sentido, Trad (2006) alerta que os trabalhadores de saúde não podem prescindir de condições satisfatórias concretas para o atendimento à demanda, pois o contrário obstaculiza uma atenção humanizada e acarreta danos à saúde.

O MS (BRASIL, 2004c) no que diz respeito à estrutura física, descreve orientações que envolvem desde a dimensão dos ambientes, especificação de equipamentos necessários e a sua disposição nos espaços. Prevê a necessária ventilação do ambiente para manter a salubridade; recomenda que todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta (exaustores) para a circulação de ar; que todos os ambientes sejam claros com o máximo de iluminação natural possível; que os corredores para circulação devem ter 1,20 m entre outras. Embora as condições físicas das unidades não tenham sido objeto de nossa investigação, pelas suas inadequações, elas foram relatadas como elemento dificultador ao cuidado, por impor limitação às práticas de saúde e a situações de desconforto daí decorrentes.

As questões relacionadas à falta de medicamentos e insumos nas USFs configuram-se como importante dimensão da integralidade do cuidado à criança e expõem profissionais, crianças e famílias a situações difíceis e desrespeitosas no que diz respeito ao direito de assistência integral e resolutive, como definido nos princípios do SUS e no texto da Constituição Federal. A insuficiência de recursos na saúde e no cuidado à criança na ABS é expressa nas falas de profissionais e mães. São situações difíceis para as mães que vêem seus filhos submetidos a serviços pouco resolutivos e descomprometidos com a vida e com a dignidade humana. São situações que expõem as crianças a uma atenção fragmentada, desqualificada e injusta.

Donabedian (1988), Jones (2000) e Lambrechts et al (1999), chamam a atenção para o fato de que, além da necessidade de recursos adequados, um dos desafios a serem enfrentados na ABS seria o adequado suporte por parte do sistema de saúde, incluído aqui o sistema de referência e contra-referência. No entanto, o acesso aos serviços especializados é difícil, o que faz com que grande

parte das crianças receba “atendimento incompleto, descontínuo, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde”. (CECILIO, 1997, p. 474). Com as dificuldades estruturais da ABS e do sistema de saúde as mães procuram outros meios para ter suas necessidades atendidas, preferencialmente, o atendimento hospitalar nos serviços de urgência. Em função disso as mães acessam “os cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto”. (Idem, p. 474).

Nas falas dos participantes, a ESF não tem conseguido resolver os problemas de saúde da criança, e a articulação das ações entre a ABS, a média e a alta complexidade acontece de forma informal caracterizado pelos participantes como “**fluxo do amigo**”. A contra-referência é praticamente inexistente, e quando ocorre é pela articulação do enfermeiro diretamente com a família e não com o serviço onde foi realizada a atenção. São situações que ferem aos princípios de acesso, equidade e da integralidade da atenção definidos no SUS. Nas falas a resolutividade está sempre relacionada à possibilidade de acesso a outros níveis do sistema, como consultas a especialistas, exames especiais, recursos terapêuticos como fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros. Uma percepção que se dirige aos aspectos macros da organização do sistema de cuidados.

Para Pina (2007) embora as questões estruturais contribuam substancialmente para o trabalho em saúde, a postura profissional e os processos que ocorrem na micropolítica desse trabalho é que potencialmente definem o perfil da assistência. Os participantes reconhecem a multidimensionalidade do processo saúde-doença da população infantil, mas quando falam de dificuldades quase sempre centram os argumentos nos processos biológicos reafirmando o modelo médico-centrado predominante no sistema de saúde.

#### **5.2.4 Estratégias**

O direito à saúde se concretiza na quantidade de recursos e na sua adequada aplicação, mas, sobretudo no gerenciamento das questões subjetivas. Nesse sentido Guizardi e Pinheiro (2004), exprimem que a população ao analisar o tema da integralidade da atenção, não o aborda pelas condições estruturais do

sistema de saúde ou do acesso a tecnologias e medicamentos, muito embora introduzam estas questões. Pelo contrário, eles “revelam com mais veemência uma indignação acerca da forma como se efetiva a relação entre quem oferece o serviço e quem dele necessita”. (Idem, p. 45). Esse fato se dirige para as ações, práticas e atitudes dos profissionais na dimensão relacional que tem como sentido o acolher, o respeitar e o tratamento digno tanto à criança com a sua família. Assim, ao avaliarem o modo de ser cuidado, tendem a considerar as atitudes de compreensão, de acolhimento e de comunicação dos profissionais, além do desempenho clínico, no sentido de que o problema de saúde seja solucionado.

Há nesse processo dois elementos-chave: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. Aspectos como humanismo, sensibilidade e receptividade são essenciais aos profissionais para uma boa relação interpessoal. (CAMPBELL, et al., 2000; CAMPBELL, et al., 2002; LAMBRECHTS, et al., 1999). Foi nesse aspecto que **Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança (Categoria 2)** se constitui como estratégia da teoria substantiva construída nesta investigação.

A resposta ao sofrimento humano indica algo para além do valor da eficácia de um saber sobre as doenças. A aplicação de um saber sobre uma determinada condição de agravo estritamente no campo biológico não é suficiente apesar de importante. Nesse sentido, a integralidade, como princípio organizador das práticas de saúde, objetiva não fomentar a dissociação saúde/doença, doente/doença e criança/família, onde o conhecimento e os saberes que sustentam a competência técnica estejam aliados à dimensão cuidadora e apoiada por valores humanos e éticos. Significa a capacidade de o profissional compreender o sofrimento manifesto pelo outro no encontro. Um encontro que implica aliar ao cuidado instrumental (diz respeito ao atendimento das necessidades físicas) o cuidado expressivo (relaciona-se aos aspectos psicossociais ligados ao afeto e a valorização do outro). (WATSON, 2002; WALDOW, 1998; 2002; 2006).

Aliar cuidado instrumental e cuidado expressivo coloca-se no campo das competências. Por competências Alarcão e Rua (2005, p. 376) compreendem como “a capacidade de agir em ação o que implica [...] resposta articulada entre: o que fazer, a quem, por que, e para quê. [...]. Implica conhecer os limites do seu saber, isto é, seu não-saber”. Especificamente para os enfermeiros, os autores referem que a competência profissional envolve três sub-competências: competência técnica,

cognitiva e a comunicacional. A cognitiva relaciona-se à capacidade do enfermeiro em identificar necessidades, analisar e interpretar as informações recolhidas, planejar atividades e avaliar. A competência técnica diz respeito à capacidade do enfermeiro de realizar procedimentos corretamente e a destreza manual. A competência comunicacional implica saber ouvir, utilizar adequadamente os recursos comunicacionais, transmitir informações corretas e pertinentes e estabelecer relação de ajuda. São competências que dão ao cuidado de enfermagem as suas especificidades que se sustentam na confluência da ciência e da arte. Nesse sentido, Coelho e Fonseca (2005) refletindo sobre o cuidado na relação dialética o conceitua como produto da articulação entre conhecimento, habilidades manuais, intuição, experiência, presença solidária e ajuda que se constitui numa experiência significativa para os envolvidos.

Mas, a integralidade do cuidado não é somente escuta, diálogo e relações afetivas, mas estes são instrumentos que potencializam e qualificam o cuidar e o cuidado. A integralidade do cuidado é atitude, e como tal é um **modo de ser** que não se realiza fora do contexto multidimensional da criança, da família, do processo de crescer, desenvolver e adoecer e das subjetividades. É interativo (Phillips, 1993), condição que exige repensar e modificar o processo de cuidar, isto é, a forma como se cuida e como se dá o processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado. (PATRICIO, 1993). A integralidade do cuidado, portanto, é fortemente marcada pela dimensão relacional. Neves-Arruda et al. (1996), Gonzaga e Neves-Arruda (1998), investigando o cuidado pediátrico em contexto hospitalar, concluíram que cuidar da criança é estar presente em todo o processo de cuidar, é aliar cuidado emocional e psicológico à realização de procedimentos técnicos. É associar afetos e emoções.

Gomes (2004) discorre sobre cuidar com afetividade como atitude constante de interesse e compromisso com o outro. Cuidar com afetividade envolve o “estar presente” que não significa simplesmente presença física ou a realização mecânica de tarefas. Estar presente, para a autora, significa estar ali com o outro atentamente. Implica valorizar o outro e respeitar diversidades. Faz distinção entre procedimento técnico e o verdadeiro cuidado. O primeiro atende o bem-estar o segundo, vai muito além, pois utiliza de subjetividades para alcançar o outro como pessoa plena.

O cuidado é a face subjetiva do agir cuidador. Cuidado é subjetivo, intuitivo, sensível e se concretiza no espaço das relações entre os sujeitos envolvidos. (PRADO et al., 2006). É a manifestação zelosa daquilo que foi desejado. É

fenômeno abstrato e concreto que pode ser demonstrado por meio de expressões, ações e sentidos diferentes. (LEINNINGER, 1991). É uma maneira de ser e de se relacionar caracterizando-o pelos significados de aceitação, preocupação, envolvimento, amor, ajuda, cooperação, atenção entre outras manifestações humanas. (WALDOW, 1998, 2004, 2006).

O lidar com a dimensão subjetiva se concretiza no encontro com o outro, criança e família, com suas necessidades e com as habilidades profissionais e pessoais para acolher com sensibilidade, atenção, carinho, amor e dedicação. É um modo de encontro porque faz necessário atualizar dentro de nós capacidades para qualificar o encontro, a relação e os modos de cuidar. É buscar singularizar o encontro em um verdadeiro encontro, superando os atendimentos despersonalizados, simplistas, indiferentes, caracterizados por distanciamentos e silenciamentos.

Nesta investigação, um relacionamento empático é descrito pelas enfermeiras como valor para cuidar, que se configura na atitude da enfermeira ajudar, apoiar e colaborar no cuidado à criança. Empatia no sentido de compreender o outro, seus sentimentos, limitações e fortalezas. Para cuidar, a enfermeira articula conhecimentos técnicos e da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da família, conferindo ao cuidado da enfermeira um aspecto particular para desenvolver o cuidado à criança. Essa articulação confere ao cuidado de enfermagem a condição de **ser diferente**. O cuidado para as enfermeiras envolve respeito à criança, à mãe e à família. Envolve atitudes de ver e escutar.

Portanto, as ações e práticas em saúde da criança, são determinadas pela especificidade das relações. Isso se configura como uma relação entre sujeitos e subjetividades que ampliam as visões sobre a saúde, sobre a criança e sua família, mas, sobretudo sobre os modos de cuidar e de cuidado. O cuidado é, portanto, atitude interativa e uma dimensão da integralidade permeada pela escuta e pelo diálogo. Estes são processos onde as subjetividades são produzidas, onde há envolvimento entre as partes e um trabalho mais implicado com o outro. Para Perestrello (2006), o principal instrumento da clínica, não são os olhos, mas os ouvidos no sentido de saber escutar. É silenciar, que como instrumento do cuidar, às vezes, é “mais eloquente do que a palavra”. (PERESTRELLO, 2006, p. 43). O autor fala do saber ouvir e do poder ouvir, e afirma que só se sabe ouvir quando se pode, isto é, ouvimos quando somos capazes de nos ocupar verdadeiramente do outro.

A partir das afirmações, podemos apontar quatro características da escuta e do diálogo – falar, saber falar, escutar e saber calar. Escutar não é ouvir respostas a um interrogatório, mas é estar com o outro efetivamente. É permitir calar-se para que o outro se manifeste como seu verdadeiro outro. É utilizar linguagem simples, evitando expressões técnicas; é singularizar a escuta; não é simplesmente coletar informações para esclarecer um diagnóstico, um problema, é estabelecer significados. É uma questão de qualidade no momento em que assumimos que o cuidado tem a ver com atenção e designa “estar atento” (HESBEN, 2000) a alguém ou alguma coisa, é uma atenção particular. É o momento em que respeitar o intuitivo e o subjetivo é a maior ferramenta do encontro. O contrário desvaloriza a essência do humano, enfraquece vínculos e diminui responsabilidades.

Estabelecendo vínculo com a família e a criança é “recurso terapêutico” que não é somente preocupação humanizadora, mas trata-se do estabelecimento de uma técnica que qualifica o trabalho em saúde (CAMPOS, 2005b, p. 68):

É algo que liga as pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ele procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro. A construção do vínculo depende, portanto, do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma microrregião. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular. (CAMPOS, 2005b, p. 68-69).

O vínculo com a criança e a família se concretiza na relação, mas não é qualquer relação, trata-se de uma relação social que se funda na aceitação do outro como um legítimo outro na convivência. (HESBEN, 2000). Essa aceitação constitui uma conduta de respeito e de exercício da alteridade. Lidar com a dimensão subjetiva para cuidar é exercer a alteridade como

capacidade de apreender o outro na plenitude de sua dignidade e, sobretudo, de sua diferença. [...] a capacidade para transcender a si mesmo e voltar para o rosto do outro compreendendo seu sofrimento e sentindo-se por ele afetado e



responsável. (PINHEIRO, 2007, p.69).

Exercer a alteridade é reconhecer o outro como alguém diferente do profissional e diferente de qualquer outro, mesmo que diante de um mesmo agravo de saúde. Exercitando a alteridade poderá orientar o melhor caminho nesta relação: profissional/cuidado/criança/família/saúde.

Portanto, a integralidade do cuidado caracteriza-se como fenômeno social que ocorre diante da aceitação do outro, em interações envolventes e amplas. Se não houver interação não há linguagem, emoção. Se não houver interação, emoção e linguagem haverá separação (MATURANA, 2002), pois “somos animais que vivemos a sensualidade do encontro personalizado com o outro, o que se evidencia em nossa queixa quando isso não ocorre”. (Idem, p. 47).

Trabalhar com a subjetividade é ancoragem epistemológica, pois sugere “novas produções de saber que vem tecer um território diferenciado na arte de cuidar”. (TEIXEIRA, 2002, p. 305). O autor defende que estamos vivendo o pós-moderno, momento em que o sensível, a pluralidade, a globalização e a cibernética emergem como valores e nos instiga a ousar e a criar virtualidades para resgatar a vida humana. Subjetividade é “produção de efeito na realidade dos sujeitos desejantes” (TEIXEIRA, 2002, p. 306), o que impossibilita o profissional de saber, previamente, o desejo do outro sem que utilize uma abordagem humana e compreensiva que envolve o ouvir, o observar o outro como sujeito desejante.

A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança são desafios postos para todos os tipos de serviços de saúde. Para tanto é necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, ampliar a capacidade de escuta e responsabilização dos trabalhadores de saúde, ampliar sua capacidade de lidar com a dor e o sofrimento e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado. **Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** não significa

[...] desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissional de saúde e paciente. (LACERDA, VALLA, 2005, p. 190).

**Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança** se constitui, nesta investigação, estratégia para a superação do modelo biomédico e disciplinar da atenção em saúde e pela busca de práticas cuidadoras na atenção à criança em um espaço de relações e interações profissionais, com a família e com a comunidade. A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança representam desafios postos para o cuidado em saúde e para o cuidado à criança. Para tanto é necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, de capacidade de escuta, do diálogo, da sensibilidade para assim lidar com a dor e o sofrimento, e de trabalhar pela autonomia das crianças e famílias sob nossos cuidados. Desse modo, a compreensão do cuidado não diz respeito somente às tecnologias e saberes limitados ao processo saúde-doença. Amplia-se na perspectiva de uma construção dialógica que permite o estabelecimento de vínculos e responsabilização compartilhada (MERHY, 1999), pois o encontro profissional, assim como qualquer encontro, é terreno fértil para exercitar o falar, o ouvir, o comunicar-se, o criar e o agir.

Cabe lembrar que, o Programa de Atenção à Criança, deve ser capaz de atender às necessidades globais da saúde infantil em que a perspectiva da integralidade concretiza-se por um processo horizontal e dialógico, acompanhado de uma compreensão e abordagem à criança como ser em crescimento e desenvolvimento. **Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança** dirigem-se ao campo da micropolítica do trabalho em saúde, suas articulações, fluxos e aspectos da organização do trabalho, da gestão e do planejamento do cuidado.

### 5.2.5 Conseqüência

As necessidades de saúde da criança expressam múltiplas dimensões entre as quais as sociais, as psicológicas, as biológicas e as culturais que caracterizam o processo saúde-doença infantil como objeto complexo. Nesse sentido, o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto constituem um intenso processo de ações, atitudes e racionalidades. Cuidar, na perspectiva da integralidade, opera sempre pelas incertezas decorrentes das singularidades dos processos saúde-doença de cada sujeito associado à autonomia dos mesmos. É

exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitam a construção do novo. Por essa compreensão **Possibilitando a emergência do novo (Categoria 6)** caracterizou-se como conseqüência da teoria substantiva **Perspectivando a integralidade do cuidado a criança na ABS em contexto de mudanças**.

A idéia de novo vem carregada pelos significados de desejos e de mudanças qualitativas, de novos valores, fazeres, atitudes e tomada de posição para as relações de cuidado. Situa-se no contexto de mudanças relacionadas às políticas de saúde, às políticas educacionais do ensino superior e àquelas necessárias para novos modos e atitudes dos profissionais frente ao cuidado à criança. São construções que nos fazem pensar e vislumbrar mudanças efetivas no processo de cuidar e de cuidado da criança. Há por um lado a pressão exercida pelas políticas, e por outro, o desejo de reverter o modelo de atenção. **Possibilitando a emergência do novo** no cuidado à criança, aproxima-se da dimensão subjetiva e dos conceitos de cuidado sensível, solidário, humano, complexo, amoroso, expressivo e multidimensional. É o cuidado diferente.

**Possibilitando a emergência do novo** implica religação de saberes e encerra uma dimensão de reconstrução e de mobilização de diferentes disciplinas para um saber ampliado e complexo. Complexo pela articulação em um mesmo plano de saberes técnicos, instrumentais, relacionais e subjetivos que permitem cuidar da criança nas diversas particularidades e singularidades.

O cuidado se expressa nas ações, atitudes e modos como são realizados. Portanto, Mudando de dentro para fora, Ampliando saberes e práticas, Indicando o cuidado desejante e Construindo modos diferentes de cuidado (subcategorias) se concretizam na emergência do novo e do desejo, a partir de subjetividades. Demandam articulação de saberes para melhor fazer que ultrapasse o ato mecânico e pobre de afetividade. O cuidar, nessa perspectiva, não é a realização de um procedimento ou de um atendimento, é uma atitude como maneira de ser ou de vir a ser.

Como **conseqüência, Possibilitando a emergência do novo**, sugere ressignificar os modos de cuidar e de cuidado à criança numa relação de desejo e de mudanças. Assim como Franco e Merhy (2005, p. 189), acreditamos

[...] que os processos de mudança necessariamente devem reconhecer que está na fonte do desejo a energia motora capaz

de produzir o instituinte, enunciar e construir o novo, ressignificar o modo de fazer o cuidado. A mudança radical do modo de produzir saúde, [...] será um processo construído por sujeitos-desejantes-revolucionários, e o desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores desse sentido em suas vidas.

O desejo para emergência do novo possibilita agenciamentos coletivos e transformações de realidades sociais e individuais. O desejo do novo abre espaço para o sensível, para a pluralidade, para o heterogêneo, o diverso e para os sentimentos humanos. Sugere processos criativos e renovados de cuidar e de cuidado e que pode se apresentar na transgressão ao instituído, às normas, às regras institucionais. Nesse sentido, Erdmann (1996), ressalta que são situações que poderão ser positivas à estabilidade organizacional quando contribui para a sobrevivência ou sustento do sistema.

**Perspectivando a integralidade do cuidado à criança na ABS** sustenta-se como teoria substantiva pela articulação dos elementos contexto, condição causal, condições intervenientes, estratégias e conseqüências. **Qualificando o Cuidado à Criança** enquanto condição causal significa que a integralidade do cuidado à saúde infantil ganha cada vez mais centralidade nos modos e atitudes de cuidado pelos profissionais de saúde em conexões desencadeadas pela mobilização de atitudes subjetivas organizadas por um conhecimento complexo. Para Morin (2002a), o conhecimento complexo traz a compreensão de um modo de agir que não ordena, mas organiza; que não manipula, mas comunica; que não dirige, mas anima. É um conhecimento que se constrói e reconstrói na dinâmica das práticas, na capacidade e na liberdade que tem o profissional de fazer opções.

É uma Teoria que sugere um padrão voltado ao campo da totalidade da criança, de sua família e do meio onde vivem. É uma Teoria que se re-organiza pela subjetividade **Modelando a Integralidade do Cuidado na ABS** (condição interveniente) aberta para a escuta, para vozes e entre-relações de profissionais/família/comunidade. É uma Teoria que sugere modos de ser, fazer, agir, que aposta nas relações da equipe, capazes em articular saberes e práticas **Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** (estratégias) tendo responsabilização para com o cuidado, para com a criança e sua família **Possibilitando a Emergência do Novo** (conseqüência).

É uma Teoria que dá significação à produção do cuidado a partir das

tecnologias relacionais, que se organizam nas atitudes e subjetividades que se formam no mundo do trabalho e no mundo do cuidado à criança. Lidando com a dimensão subjetiva significa também um olhar para o outro (criança e família) como sujeito com subjetividades, com desejos, com vontades além de necessidades; é a interação do profissional com as suas subjetividades e as subjetividades da criança e sua família para produzir cuidados; é re-unir subjetividades para atribuir ao cuidado a sua natureza subjetiva. Portanto, **Qualificando o Cuidado à Criança** coloca-se como unidade de referência para a totalidade das práticas na saúde da criança.

**Possibilitando a Emergência do Novo** é fim como consequência, mas pode ser meio, Mudando de dentro para fora, Ampliando saberes e práticas, Construindo modos diferentes de cuidado e Indicando o cuidado desejante; e volta a ser fim, Possibilitando a emergência do novo. Essa característica aberta, plástica, flexível, como foi construída a Teoria enraíza-se na complexidade.

**Modelando a integralidade do Cuidado na ABS** caracteriza-se pela capacidade de escuta qualificada, aliada ao desempenho clínico dos profissionais e à interação da equipe. Escutar

[...] talvez o mais belo presente que podemos dar a alguém. É dizer-lhe, não com palavras, mas com os nossos olhos, com o nosso rosto, com o nosso sorriso: tu és importante para mim, és interessante [...] a melhor maneira para uma pessoa se revelar a si própria é ser escutada por outra. (HESBEEN, 2000, p. 173).

Escutar é não fazer julgamentos, mas descobrir oportunidades para ver; é processo onde subjetividades são produzidas implicando envolvimento entre as partes. Escutar pressupõe ação e atitude interativa. A ação/atitude de interação na equipe, com a equipe e com a família não resulta simplesmente em um projeto de intervenção, mas no valor da cooperação profissional. Resulta em reconhecer a complementaridade e a articulação das ações.

O que se tem como questão é a forma de realizar as necessárias autonomias profissionais e técnicas na complementaridade e na interdependência das práticas de cuidado. É um movimento duplo por parte da equipe e da família, pois tanto a autonomia quanto a articulação das ações são necessárias para a integralidade do cuidado à criança. São movimentos que requerem o exercício da **autonomia negociada** pelos distintos profissionais onde os instrumentos-meios são a interação, a cooperação, a solidariedade e a responsabilização pelo outro, por

onde caminha a estratégia **Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança**.

São estratégias que rompem com a hierarquização de saberes e favorece a aproximação com as famílias e com os profissionais. São estratégias que vão se constituindo, gestando-se no fazer de todo dia. São processos de idas e vindas em diversas direções **Traçando o Caminho da integralidade entre Dificuldades**, em movimentos de paralisação, de impedimentos, e em outros de satisfação, motivação e de desejos.

**Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** e das famílias permite ao profissional deslocar-se para o cotidiano da comunidade, e assim optar por estratégias viáveis e compatíveis com a realidade das famílias das crianças sob seus cuidados; busca a articulação e a interação com as famílias e a comunidade para o conhecimento de sua realidade, e o conseqüente desenvolvimento de ações que visam tanto a cura, como a reabilitação, a promoção e a qualidade de vida. Ampliam-se, dessa maneira, as possibilidades para atuar na saúde da criança e refletem em mudanças na organização das práticas de cuidado na ABS.

**Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** na gestão do cuidado na ABS podem ser compreendidas como ferramentas para direcionar o processo de trabalho na produção de cuidados, o que implica que a atitude de “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos”. (AYRES, 2001, p. 164). Assim, a gestão dos serviços de saúde na ABS tem como objetivo articular as relações entre as pessoas, entre as tecnologias e o meio ambiente na produção de projetos de cuidados.

**Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança** evidenciam-se como estratégias que se constituem como “propiciadora de trocas sobre as práticas, o que qualifica o trabalho como um processo contínuo de constituição de sujeitos e de mundos”. (BARROS, 2007, p. 120). Portanto, o papel das relações profissionais deve ser valorizado na gestão do cuidado, porque “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos” (AYRES, 2001, p. 164) coletivos. Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado é entendida como o entre-relações das pessoas, com repercussões positivas para profissionais, usuários e instituições traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (MERHY, 1999).

São estratégias que evidenciam a importância de uma construção cotidiana da competência dialógica dos profissionais de saúde que compreendem promover uma escuta cada vez mais ampliada e mais próxima das questões da vida, do adoecimento e do sofrimento das pessoas.

**Modelando a Integralidade do Cuidado na ABS** produz-se por meio de um trabalho vivo em ato. (MERHY, 1999). E, como trabalho vivo, é um processo de relações. Há, nesse processo, um encontro de pelo menos duas pessoas atuando uma sobre a outra. É um processo no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente momentos interessantes de falas, escutas e interpretações. Produz-se acolhimento. São momentos de possíveis cumplicidades, nos quais há a produção de responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação do outro. São momentos de construção singular. São momentos onde o diálogo entre profissional, criança e família é fundamental, como iguais nas diferenças ou como parceiros da mesma aventura. São momentos de atitude cooperativa, solidária e pronta para a prática da troca de opiniões e vivências. Essa é uma dimensão da integralidade. A integralidade do cuidado, como fenômeno social, ocorre em interação. Se não houver interação, emoção e linguagem produz-se a separação. (MATURANA, 2002).

Dessa forma, **Possibilitando a Emergência do Novo** é consequência do processo interativo entre contexto, condições causais, condições intervenientes e estratégias. A Teoria, **Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças** sugere o profissional e a instituição como sujeitos de mudanças. Na visão da complexidade de Edgar Morin, sujeito é aquele capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, transformando-se continuamente. É nessa relação de auto-organização e alteridade que ele encontra a auto-transcendência, superando-se, interferindo e modificando o seu meio numa “auto-eco-organização”. (MORIN, 2005, 2007). É processo que ocorre a partir de uma dimensão ética, que não é imposta cultural ou universalmente a cada indivíduo, mas refletem as suas escolhas, percepções, valores e idéias. Caracteriza-se por uma ética revestida de complexidade, capaz de ver e compreender o outro como um ser amado em sua dimensão humana, que pressupõe o entender, o sentir, o agir, o reagir, o prosaico, o poético, as idéias, os valores e os sentimentos.

O ser humano é um sujeito relacional, vive em comunidade e é dependente.

Por isso, aceitar o outro e compreendê-lo de forma amorosa é uma condição ontológica essencial para a sua existência, o que pressupõe cuidar como proposta ética e não como um ato isolado de determinada assistência. Se assim pensamos, podemos afirmar que cuidar é modo de ser, é atitude onde caminha a responsabilização e a sensibilidade que reconhece o outro com suas diferenças e singularidades.

Compreender a integralidade do cuidado à criança pela complexidade é compreender que o encontro do profissional com a criança e a família ocorre por processos interativos que são únicos e singulares. A fala, o silêncio, o diálogo e a escuta são os elementos que tecem a dinâmica do conjunto que dá ao encontro uma construção especial. Assim como Pires (2005) compreendemos a integralidade do cuidado como **vir a ser**. Apesar dessa afirmativa a autora defende o cuidado na sua totalidade como modo de ser e como modo de vir a ser o que o torna dinâmico. Uma “dinâmica disruptiva do cuidar” que se caracteriza pela reconstrução do cuidado para cuidar melhor. Significa emancipar o cuidado pelo triângulo: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar. (PIRES, 2005).

A integralidade do cuidado à criança é movimento permanente que cabe ao profissional dominar os processos lógicos de construção dos saberes e de mobilizar saberes e práticas. **Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças** entre outros aspectos, é exercício que pode propiciar

Alegria, riso aberto, contentamento, folia, concentração; medo, dor, choro, conflito, perdição, desequilíbrio, hipóteses falsa, pânico; entendimento, diferenças, desentendimentos, briga, busca, conforto; silêncio, fala escondida, berro, fala oca, grito, fala mansa; generosidade, escuta, olhar atento, pedido de colo; ódio, decepção, raiva, recusa, resistência, rejeição, desilusão; amor, bem querer, gratidão, afago, gesto amigo de oferta... porque eu não sou você. Você não é eu. Mas somos um grupo, enquanto somos capazes de, diferencialmente, eu ser eu, vivendo com você e você ser você, vivendo comigo. (FREIRE, 1992, p. 67).

O que isso significa? O que Paulo Freire quer com isso nos dizer? Significa que os atos de cuidado e suas dimensões, representadas aqui pelas subcategorias, se constroem nas diferenças, naquilo que é heterogêneo e na complementaridade. Numa visão moriniana, as diferenças apesar de antagônicas são complementares.



**Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças** embora, possa ser vista em movimentos cíclicos, configura-se pela sua dinâmica em uma **teia** onde todos os fios são importantes e necessários e lhes dão a dinâmica. É uma teia onde todos os fios repetem propriedades das partes e as partes propriedades do todo e vice-versa. Foi sob esse entendimento que optamos por representar a teoria como uma teia que vai sendo tecida pela integração das categorias e subcategorias e pelos significados. Encontra-se representada na Figura 14:



Figura 14. Tecendo a Teia da Integralidade do Cuidado à Criança na ABS.

### 5.3 TECENDO A TEIA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM DIÁLOGO COM A COMPLEXIDADE

Tecendo a Teia da Integralidade do Cuidado à Criança na ABS configura-se como uma teia com múltiplos fios, diversos entre si, todos convergindo para o centro. É um todo que não é tudo. É uma teia que se faz no encontro entre forças e processos de vários matizes. São as tessituras desses vários fios e matizes que constroem, desconstroem e reconstroem a teia da integralidade do cuidado.

Podemos também compreender como uma trama, por ser um campo complexo e heterogêneo, produto de uma rede de conexões que se produz incessantemente em uma dinâmica que se realiza em meio a saberes, valores, práticas e experiências.

É um sistema e, como tal, se auto-organiza como resultado das “desorganizações seguidas de reorganizações internas, absorvendo, tolerando, integrando o erro e/ou ruído causadores das perturbações” (ERDMANN, 1996, p. 27). A autora considera, por isso, que a auto-organização pode “criar o radicalmente novo, ampliando a capacidade do sistema de interagir com os eventos aleatórios que o perturbam, assimilando-os e modificando a sua estrutura” (Idem). Julgamos que a teia representa essa dinâmica da organização pela desorganização.

A integralidade do cuidado pode ser entendida pelo emaranhado de fios das diversas teias: sociais, econômicas, históricas, políticas, éticas, culturais; particulares ou coletivas; de profissionais, gestores, instituição, mães, crianças e da comunidade. São fios que são causas e conseqüências, e que por isso mesmo, potencializam-se mutuamente.

É essa noção de complexo que desejamos realçar na teia: entrelaçado/entrelaçar, envolver ações articuladas e articulantes, que permitam apreender a realidade por um pensamento ampliado, dando lugar à heterogeneidade.

Nessa teia do cuidado há “nós” fortes e fracos, resultado do entrelaçamento de relações e de valores cuja dinâmica pode ser alterada pelos modos como os profissionais se posicionam nessa teia. Essa idéia de teia pode valorizar a possibilidade de trocas e de interações, pelo compromisso com a superação e pelos mecanismos de solidariedade que faz operar e revitalizar a dimensão humana

exigida no cuidado à saúde da criança.

Pode-se pensar que a integralidade do cuidado coloca-se entre conflitos, contradições, incertezas e expectativas vivenciadas no cotidiano de gestores, profissionais e mães. Nesse contexto, constroem-se relações, interações, encontros, desencontros, ações, atitudes, que muitas vezes não são ditas, mas são explicitadas nas intenções, nos desejos e vontades daqueles que fazem a ABS. É sobre essa dimensão, às vezes clara e concreta, outras vezes, nem tanto, que emergem os limites e as possibilidades de garantir a integralidade do cuidado a criança, numa teia aberta, dinâmica, incerta e incompleta.

É uma teia que constrói contornos com múltiplas dimensões: mudanças, diferenças e desejos. É uma teia tecida por múltiplos fios, heterogêneos na sua complexidade, diferentes na sua composição e significados e que dão à teia a sua dinâmica de sistema aberto. São as diferenças que enriquecem a teia da integralidade do cuidado. É nas diferenças que buscamos a troca, a complementaridade, a solidariedade. É nas diferenças que encontramos as necessidades e as singularidades. É nas diferenças por onde transitam as oportunidades e caminham desejos e vontades. É nas diferenças que são construídos os movimentos e a dinâmica do cuidado. É nas diferenças que encontramos a alteridade.

As diferenças envolvem descobertas e redescobertas. As diferenças enriquecem o criativo, pois “na sintonia de trocas, os sistemas de idéias se articulam e se auto-organizam”. (ERDMANN, 1996, p. 113). São desejos de construir um trabalho coletivo, pautado na horizontalização de saberes provocando reestruturação.

Nas diferenças, mudando o pensar e o agir, apesar dos desejos, não é processo possível de ser construído rapidamente. Diante de uma situação nova os profissionais podem assumir uma postura ativa, motivadora e criadora que estimula a mudança ou uma postura conservadora, caracteristicamente passiva, paralisante e resistente. (CRACO, 2006). As mudanças, são por si só, um movimento caótico onde o novo e o antigo convivem. É nesse espaço de convivência entre o novo e o antigo que se constrói a mudança. Pode gerar desorganização. Mas, a aparente desorganização é um dos aspectos da reestruturação do sistema, que se faz reascendendo problemas, apresentando soluções e possibilidades para o novo, para o inovador. Trata-se de um processo contraditório, que ao mesmo tempo em que

abala o sentimento de segurança, trazendo incertezas, proporciona possibilidades de emancipação. É um processo que se constrói a partir das alternativas produzidas pelas experiências concretas dos sujeitos envolvidos.

Para Merhy (2002) não há uma identidade que fica para sempre em nós, essa identidade está sempre em produção, somos sujeitos em certas situações e, em outras, somos sujeitos que se sujeitam. O autor parte do princípio de que:

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos com força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. (MERHY, 2002, p. 14).

O que significa que, diante do novo e de mudanças somos sujeitos protagonistas que fazemos opções, produzimos e re-elaboramos novos modos de pensar e agir.

Segundo Morin (1979), sempre que um sistema cognitivo se choca com problemas, com dificuldades, o sujeito pensante (homem consciente) torna-se apto a examinar, estudar, verificar e a elaborar um “metassistema” que venha a ser seu novo quadro de referência. Esse processo, para Morin, pode ser desencadeado quando o espírito do homem “sapiens” descobre as contradições, os paradoxos e as incertezas. A consciência torna-se, portanto, “cada vez mais crítica, cada vez mais sensível à relatividade das verdades e dos erros”. (MORIN, 1979, p. 141). Assim, a consciência não elimina o erro, não possui a verdade a um nível muito mais complexo, profundo e crucial. Oscila entre dois pólos, um em que a verdade e o erro são relativizados e no qual surge a dúvida e o niilismo; outro em que o combate pela verdade é levado ao absoluto e a recusa do erro à intransigência e ao sacrifício.

Todavia, tudo o que caracteriza a consciência também pode-se traduzir em falsa consciência. Esta condição, para Morin (1979, 2002, 2005), implica que o conhecimento pode comportar um erro mais grave do que o que foi eliminado. Para o autor, a denúncia do erro, a convicção de ter alcançado uma fase superior de consciência podem ser apenas ilusão, pois a consciência não tem a garantia de vencer a ambigüidade e a incerteza. E qual a saída? Diante de que situações é colocado o profissional pensante/consciente? Morin nos responde, dizendo que a

consciência é obrigada a recorrer à prática, à experiência, à natureza para se auto-verificar. E qual a vantagem desse processo? Em que sentido se desloca? Para quê?

Compreendemos que a consciência é dotada de qualidades e de autonomia. Por isso, intervém nas aptidões e atividades que a originaram estimulando-as, desenvolvendo-as, construindo pela desconstrução. É, portanto, auto-organizadora. Ao desenvolver-se, dimensiona competências e estimula avanços. A esse processo, como anteriormente referido, Morin denomina de “metassistemas ou meta organizações”. Seria então a integralidade do cuidado um metassistema? Acreditamos que sim, pois a defendemos como atitude revolucionária. Ou seria uma nova evolução? Como uma ou como outra, a integralidade do cuidado é progresso decisivo da aventura humana e profissional.

Quando dizemos progresso e aventura, lembramos que, para Mondin (1980), o homem não está imobilizado em um estado de quietude permanente, mas é cheio de dinamismo, e os seus movimentos, as suas atitudes e atividades são determinadas por fatores e agentes externos e internos. Enquanto fatores externos, a ação do homem nasce de suas decisões e caracteriza dessa maneira a sua natureza de liberdade. Nesse ato livre do homem, o autor aponta três movimentos: deliberação (fase da exploração, da procura, da indagação); juízo (fase da avaliação); eleição (fase da decisão). Desse modo, o ato livre, exige antes de tudo, que se conheça o que se quer fazer e, portanto, implica em um exame cuidadoso da ação que se quer cumprir ou do objeto que se deseja alcançar. O ato livre, que conclui na eleição, é “um ato complexo, resultado do diálogo entre o intelecto e a vontade”. (MONDIN 1980, p.116). O homem é livre, mas não totalmente livre, pois o ele não pode subtrair-se de certa dependência do mundo, da sociedade e da história. Do ponto de vista de Mondin, a liberdade humana é condicionada pelas paixões, isto é, suas ações são guiadas e determinadas pelo seu querer. A vontade nunca está contente com o que realizou ou adquiriu. Há nela um impulso potente para o homem auto-transcender. Dessa forma, o homem, “continua a escolher e a descartar, a fazer e a abandonar”. (MONDIN, 1980, p. 130). Essa transcendência humana implica, segundo o autor, que o “homem é sempre mais do que ele é, e é sempre menos do que deve ser”. (Idem, p. 168).

Queremos, com isso, justificar que a integralidade do cuidado é produto e produtora de novos modos de agir na saúde determinados pela subjetividade dos

sujeitos profissionais. É processo em construção, porque a mudança nos convida a:

Ligar o homem racional ao homem produtor, o homem técnico, o homem construtor, o homem ansioso, o homem gozador, o homem estático, o homem cantante e dançante, o homem instável, o homem subjetivo; o homem imaginário, o homem crístico, o homem neurótico, o homem erótico, o homem híbrido, o homem destruidor, o homem consciente, o homem inconsciente, o homem mágico, o homem racional num rosto de faces múltiplas. (MORIN, 1979, p. 152).

Seremos capazes sermos este homem? Não cabe a nós respondermos. Cabe acreditar nas possibilidades, pois todos esses traços podem estar dispersos em cada um dos profissionais. Podem se recompor e compor segundo cada profissional/sujeito, aumentando a incrível diversidade da humanidade.

Por isso o homem é complexo. Ele reúne traços contraditórios. O homem é sujeito e como tal implica situar-se no centro do mundo para conhecer e agir. O sujeito é egocêntrico, comporta ao mesmo tempo o princípio da exclusão e da inclusão. O egocentrismo do sujeito favorece não somente o egoísmo, mas também o altruísmo, pois, o “homem é capaz de dedicar-se no **eu** a um **nós** e a um **tu**” (grifo nosso). (MORIN, 2002, p. 76). Há na situação de sujeito uma possibilidade egoísta que vai até o sacrifício de tudo para si, e uma possibilidade altruísta que vai até o sacrifício de si (MORIN, 2002). A primeira pode levar ao antagonismo em relação ao semelhante. A segunda pode suscitar uma fraternidade que incita à ajuda, à cooperação, à doação.

**Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças** caracteriza-se pelo exercício contínuo de compartilhamento de saberes, da construção de novos conceitos e de renovadas formas de agir em saúde. É uma proposta que não é nova. Ela renova-se, porque é incompleta e incerta. A teia da integralidade esforça-se para estabelecer a comunicação entre as partes; esforça-se por não sacrificar o todo à parte, a parte ao todo, mas conceber a organização pela auto-organização; esforça-se por desenvolver o diálogo entre ordem, desordem e organização para “conceber em sua especificidade, em cada um dos seus níveis, os fenômenos físicos, biológicos e humanos”. (MORIN, 2007, p. 30).

**Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças na ABS**, não se fundamenta na objetividade, mas compartilha com ela os saberes. Para Morin (2002, 2005, 2007), a objetividade é

uma coisa absolutamente certa, determinada por observações e verificações concordantes. Imagine o que isto representa para o cuidado à criança cuja maior característica é o contínuo processo de crescimento e desenvolvimento. O cuidado à criança, necessita de “comunicações intersubjetivas”. (MORIN, 2007, p. 40). A integralidade do cuidado provoca o “desdobramento do conhecimento, a destruição do conhecimento-sabedoria” (Idem, p. 99) por meio de uma comunicação que se confronta pelo antagonismo, pelo conflito, pela negociação e pela complementaridade.

Na teia da integralidade, o cuidado se faz pelo movimento em circuito, pelo entrelaçamento de saberes, fazeres, competências, habilidades, ações, atitudes, sonhos e desejos. É entrelaçamento em movimentos de idas e vindas. A integralidade, assim como a complexidade, é desafio e motivação para pensar, para recriar o dito, o feito, o pensado. A aspiração da complexidade tende para o conhecimento multidimensional. A integralidade também.

Conhecimento multidimensional não significa “todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões”. (MORIN, 2007, p. 177). E como conhecimento multidimensional, a integralidade comporta incompletude e incertezas. A integralidade, enquanto fenômeno complexo, exige alguns caminhos dentre os quais: o acaso e a desordem; a transgressão que elimina a singularidade, a localidade e a temporalidade; a complicação determinada pelas interações (profissional/criança, profissional/família, família/criança, profissional/família/criança, profissional/instituição, profissional/gestão do cuidado...); a relação complementar e antagônica entre ordem, desordem e organização; e a organização onde a integralidade é um sistema constituído por diferentes elementos.

A integralidade é ao mesmo tempo unidade e multiplicidade. É um sistema hologramático “é mais e menos do que a soma de suas partes” (MORIN, 2007, p. 182) e as relações “todo-partes” são mediadas pelas incertezas. É produto da organização recursiva (auto-produção e auto-organização) onde “efeitos e produtos são necessários a sua própria causação e a sua própria produção”. (Idem, p. 182).

A integralidade necessita estabelecer o diálogo entre ordem e desordem surgindo desse processo a idéia do tetragrama da complexidade: ordem/desordem/interação/organização, onde cada um precisa do outro, complementa o outro, mesmo sendo antagônico ao outro.

A integralidade do cuidado, entre mudanças, diferenças e desejos, se



constrói ao eliminar a rigidez e a intolerância em processo contínuo, embora lento, que pode ser antagonicamente sofrido e prazeroso. A integralidade do cuidado, ao mesmo tempo em que pode transformar o modelo de atenção, torna difícil a sua materialização, pois se sustenta em processos intersubjetivos.

Na nossa investigação, essa materialidade poderia estar relacionada a mediadores pessoais de cada profissional representados pela escuta, pelo vínculo, pela capacidade individual de identificar e compreender necessidades e pelo esforço em resolver problemas pela articulação com outros profissionais e serviços. É uma atitude e como tal não é ensinada. É aprendida, é experimentada.

Compreender a integralidade do cuidado à criança na ABS é concebê-la como reorganização permanente, pois a organização do cuidado gera ordem, mas também desordem, dada pelas relações e interações que acontecem no cuidado à criança. Tem, portanto, caráter flexível e menos determinista.

**Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças** é uma teoria e, assim é caracterizada não porque é certa, mas porque aceita ser refutada; porque tem sempre incerteza, ainda que ela possa fundar-se em dados certos. (MORIN, 2000). É uma Teoria que apoiada na TFD e na complexidade, resulta em mais compreensão. É incompleta e que nunca se completa, por isso é dinâmica e aberta.

**Tecendo a teia da integralidade do Cuidado à criança**, a partir do exposto, é construída e reconstruída pela mobilização da criatividade, de subjetividades, do diálogo e da articulação desses aspectos com o conhecimento técnico. Representa a urgência de buscar e reforçar a integridade da criança e de sua família por meio da integralidade das práticas em ações e atitudes na saúde e para a saúde.

A integralidade do cuidado à criança pelo olhar da complexidade pode ser:

*Técnica, ética e estética*

*Compreende vontades*

*Que inquietam pelo sentido de futuro, do que há de vir*

*Significa*

*Desejos para lançar-se na busca do novo, do inovador*

*Que supera o conhecer e o agir*

*É querer*

*Implica alegrias e prazeres*  
*É autonomia e liberdade*  
*Construída pela religação de saberes*  
*É auto-transcendência*  
*É aptidão*  
*para contextualizar e integrar fazeres*  
*É ruído e desordem*  
*É agitação*  
*expressa pela intensidade das relações*  
*É pleno desabrochar de desejos*  
*É ambigüidade pela permanente complementaridade*  
*É concorrência*  
*É cooperação e solidariedade por um lado*  
*É competição e antagonismo pelo outro*  
*É relação solidária e outras vezes conflitantes*  
*É responsabilidade e responsabilizar-se pelo outro e por si mesmo*  
*É assumir compromissos com a mudança pela plasticidade de agires,*  
*fazeres e de atitudes*  
*É ordem e desordem que nasce e renasce sem cessar*  
*É fonte de mudanças*  
*É reconstrução pela desconstrução*  
*É renovação e comportamentos desviados*  
*É desordem que enriquece*  
*É sensibilidade*  
*para prevê e prever o cuidado*  
*pela escuta e pelo diálogo*  
*que se alimenta da asteridade*  
*É acontecimento aleatório que quando apreendido*

*permite reconstruir pela subjetividade  
a dimensão cuidadora.*

(Francisca Georgina / Agosto 2008)

#### 5.4 TECENDO CONSIDERAÇÕES INACABADAS: FIANDO E CON-FIANDO

No Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças, há o belo e o feio, para parafrasear algumas dimensões do cuidado que se conformaram nas categorias desta investigação. Existem encontros e desencontros que unem, separam, agregam e reúnem. Entre o belo e o feio, o desafio parece ser o da integração do heterogêneo e não a unidade ou a simples soma. As incertezas, os desejos e as mudanças são os códigos que estamos construindo para a integralidade do cuidado à criança. As possibilidades e dificuldades se constroem e se manifestam não como elementos independentes, mas em função de mediadores pessoais.

A integralidade do cuidado faz-se entre vozes e silêncios, entre forças, desesperanças, incertezas, dificuldades e possibilidades; faz-se pelo compartilhamento de saberes e modos de cuidar. A integralidade do cuidado constrói-se nos esforços, na colaboração, na complementaridade, no fazer/agir de profissionais, das famílias, dos serviços e dos gestores. Precisamos acreditar, assim como Xavier e Guimarães (2004, p. 134), que a integralidade:

É em si mesma um caminho [...] esse caminho está aberto amplamente diante de nossos olhos, tornando-se, por isso mesmo, um caminho óbvio. Nossa escolha é simplesmente trilhar o caminho, desbravando sentidos, tendo claro que a integralidade não se apresenta como meta a ser atingida ao final dele, mas sim como o próprio caminho, que jamais acaba e indefinidamente desdobra-se em muitos outros.

A integralidade do cuidado é esse movimento de vontades e de transformação. Porque não pensar como Camargo Junior (2003b), que a integralidade é uma orientação constante ao invés de tomá-la como um fim? Como

fim parece aquilo por onde se alcança o acabado. Como caminho sugere construção, desafios e conquistas.

Em, **Perspectivando a Integralidade do Cuidado à Criança na ABS em Contexto de Mudanças**, destacamos a imagem subjetiva como elemento balizador do cuidado, atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimentos e de motivação para uma construção coletiva em defesa da vida. A integralidade do cuidado extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e se prolonga pela qualidade da atenção, às vezes individual, outras vezes coletiva; requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática profissional. A integralidade do cuidado à criança é, portanto, processo dinâmico, processual, complexo e integra aspectos opostos como ordem/desordem, unidade/totalidade, singularidade/pluralidade, para assim atender às características de permanente crescimento e desenvolvimento, inerentes à população infantil. Por esse caminho, é preciso valorizar o pensamento intuitivo e não linear, e eleger o trabalho em rede por meio da colaboração e da parceria com diversos atores e instituições.

É necessário afastar as práticas profissionais da centralidade da doença e dirigir-se para a criança e sua família como sujeito de direitos. O que implica abandonar as práticas medicalizadoras e aproximar as ações e atitudes dos profissionais das emoções vividas na alegria da vida e no sofrimento das enfermidades. A integralidade do cuidado pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento permeados pelas emoções. A integralidade do cuidado implica mudanças de paradigma: **do tratar para o cuidar, do atender para o entender**. Poderíamos pensar a integralidade do cuidado pelo agir profissional no cuidado à criança, não como um sujeito de si agindo sobre um objeto submisso, mas um trajeto em constante evolução. (MAFFESOLI, 2007).

Parece-nos que os desafios para a integralidade do cuidado dirigem-se em duas dimensões. Uma relativa à organização do sistema de saúde no sentido de garantir acesso aos diversos níveis da atenção, para que o atendimento em saúde tenha resolutividade. Outro estaria relacionado às práticas dos trabalhadores de saúde, no sentido de que esses sejam capazes, em um diálogo recursivo, gerar acolhimento, vínculo e responsabilização em um esforço, para desfragmentar o atendimento e gerar um legítimo encontro com o outro – no nosso caso – criança, família e ambiente.

Pensar a integralidade do cuidado pelo trabalho interativo, interdisciplinar e

em equipe é pensar na diversidade, nos conflitos e contradições. Significa estabelecer trocas e estratégias de cuidado como fios tecedor da integralidade. Em alguns momentos, os fios que tecem a teia da integralidade do cuidado são cortados pela dimensão biomédica, e o cuidado é vivenciado diferentemente pelos profissionais de saúde.

Por tudo isso, a construção da teia da integralidade do cuidado a criança não segue uma trajetória linear. À sua frente, ou paralela a ela, encontra-se a complexidade do real representada pelos valores que os profissionais atribuem ao cuidado, à vida e ao outro. Representada também pelas opções feitas pelos profissionais, e que caracterizam os diferentes modos da atenção à criança na ABS, e no sistema de saúde como um todo.

Pelo olhar da complexidade, a integralidade é esse emaranhado de fios emergentes dos processos subjetivos, de interação e de organização entre as partes e o todo que inclui os processos organizativos e estruturais da gestão, dos profissionais, das mães, das famílias e da comunidade. São também fios dessa teia os desejos, as expectativas, as esperanças, as mudanças, as novas atitudes, a criatividade, as habilidades, numa relação do todo com as partes mediadas pelas interações da gestão, das práticas e dos desejos de mudanças. A integralidade do cuidado, enquanto organização precisa ser concebida como reorganização permanente que tende a organizar-se continuamente. Significa que a organização cria ordem, mas também desordem. Há complexidade, quando há “inter-relações de elementos diversos numa unidade que se torna complexa”. (MORIN, 2003, p. 291). Na teia da integralidade do cuidado há uma obediência ao instituído, mas há também resistências se constituindo numa unidade de contrários para assinalar o todo dinâmico das partes. Um todo que se constrói pelas partes de modo contrário e antagônico, **construindo uma dinâmica dos movimentos contrários**: existem sempre linhas de forças que fazem com que uma necessite da outra, revelando na estrutura cotidiana do cuidado à criança, partes desencontradas, mas não justapostas, o que evita considerar a integralidade do cuidado como um todo contínuo. Ao contrário, é uma unidade complexa descontínua e enrugada.

A Teia da Integralidade do Cuidado é um sistema complexo por que:

- indica a perspectiva de profissionais e serviços serem capazes de fazer-se parte do todo;
- coloca a família, a criança e o profissional como sujeitos participantes

e desejantes;

- existe relações horizontais, cooperativas e solidárias;
- utiliza a sensibilidade para ampliar e identificar necessidades;
- é capaz de aliar ciência e arte;
- é capaz de tornar serviços de saúde, profissionais e famílias co-responsáveis pelo cuidado à criança por meio de projetos participativos e colaborativos;
- pede por considerar a imprevisibilidade e as incertezas para tornar o encontro profissional com a criança, com a mãe e a família em encontros singulares;
- é inventada nas relações;
- há movimentos, relações e interações que sempre anunciam existirem limites para serem superados;
- é uma teia de fios humanos críticos e, por ser crítico, vê antes o que falta e, antes de fazer desfaz;
- é uma teia capaz de fazer-se em parte;
- há movimentos internos – de dentro para fora – o que significa conquistas e implica inovar e inovar-se;
- agrega outros horizontes pelo trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial;
- associa a concretude da objetividade com a materialidade das subjetividades;
- os elementos que constituem a teia podem estar desorganizados, desordenados;
- é incerta, incompleta, e pela incompletude torna-se dinâmica;
- é aberta, flexível - permite um processo de permanente auto-organização;
- evidencia arranjos técnicos-assistenciais para ampliar dos modos de cuidar e de cuidado;
- são complexas as necessidades de vida, de saúde e de doença da criança;
- envolve mudanças;
- sugere o novo e o inovador;

- envolve desejos e sonhos...

Utilizando a complexidade como fio guia, ela pede para pensarmos nos conceitos sem nunca dá-los por concluídos; para quebrarmos as esferas fechadas e tentarmos compreender a multidimensionalidade e assim pensarmos a singularidade com a localidade, com a temporalidade e nunca nos esquecermos das totalidades integradoras. (MORIN, 2003). Chego aqui, fiando os fios que constroem/construíram a teia da integralidade do cuidado à criança, e con-fiando que estes sejam como um percurso solidário e de construção coletiva ao encontro com a integralidade. Chego aqui, com um desejo explícito de mudanças, consciente de que o novo e o inovador dirigem-se para as incertezas e para as incompletudes. É um desejo desejante por ter sentido de futuro. É dar um salto para frente e lançar-se na busca do novo, do idealizado. É um desejo de mudanças que tende para a concretude porque somos múltiplos, mutantes e com potencialidades. Chego aqui, Con-fiando nas mudanças, afinal vivenciamos intensa fase de produtividade, de criação e de revoluções para a emergência do novo. Por isso que a teia da integralidade do cuidado é um traçado coletivo permeado pelas urgências do novo. É uma teia que se fragiliza, desmonta-se, e ao se reconstruir, edifica consciências produtoras de desejos. É uma teia com vazios numa idéia de que algo, algumas coisas precisam ser preenchidas. Acreditamos que esses vazios devam ser preenchidos pela subjetividade. Para construir modos de sensibilidade, de relação com o outro e de criatividade “que coincide com um desejo [...], com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos”. (GUATARRI, ROLNIK, 2005, p. 22). A produção da subjetividade como matéria prima tem movido todos os fenômenos universais. (GUATARRI, ROLNIK, 2005). No cuidado e no cuidar não é diferente. Assumimos a atitude reconhecadora de que o cuidado e o cuidar à criança muito evoluiu no decorrer dos anos. Será também por essa atitude que acreditamos na emergência do novo. Um novo que é o cuidado desejante pela “inquietante inquietação” (MAFFESOLI, ROLNIK, 2005,p. 13), do saber, do fazer, de escolher e do poder fazer.

Essa relação desejo/mudança e subjetividades se produzem a partir daquilo que foi vivenciado pelos profissionais e pelo que acumulam de experiências ao longo da vida. Dessa forma, a subjetividade caracteriza-se como processo dinâmico e mutável e pelo qual os profissionais podem optar no processo de cuidar. O que significa que a produção do cuidado se faz pela opção dos profissionais. Uns optam por práticas acolhedoras e outros nem tanto; uns centram suas atividades segundo o

que determina a gestão, enquanto outros produzem procedimentos independentes da orientação do serviço/instituição. Portanto, “o que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores é a sua subjetividade, expressão do **desejo de atuar no mundo de um certo modo**”. (FRANCO, MERHY, 2005, p. 189). O ser humano é mobilizado pelo desejo da existência, operando escolhas entre as possibilidades que descobre para aí se projetar, apesar da sua finitude, da sua vulnerabilidade, da sua fraqueza e das suas incertezas. Nesta perspectiva, o cuidar assume a dimensão do agir humano. (HONORÉ, 2004). A autonomia e o poder libertador dos profissionais emergem da articulação de saberes e poderes de cada um e de cada equipe. É pela autonomia e pela liberdade que os profissionais se auto-capacitam e emancipam-se. Assim, as escolhas dos profissionais direcionam e organizam as práticas de cuidado à criança na ABS. Pensamos ter fundamentado de forma minimamente consistente a tese de que **os significados que gestores, médicos, enfermeiros e mães atribuem à integralidade na atenção à criança revelam as práticas desses sujeitos e a organização do cuidado pela utilização de mediadores pessoais, pelo desejo de mudanças e abertura para o novo.**

Às várias perguntas construídas no processo de elaboração do projeto de pesquisa, na coleta, na análise dos dados e nas reflexões para tornar concretas as minhas idéias, não se desvelam respostas, mas possibilidades de abertura para um debate em que talvez nossa perspectiva seja apostar no resgate da dimensão subjetiva/afetiva nas práticas de cuidado. Por isso continuamos Fiando e Con-fiando.

Essa tese é também um convite para continuarmos a questionar criticamente e reflexivamente as nossas práticas e modos de fazer e produzir saúde infantil nos contextos da gestão, da academia e da assistência. Convida-nos a lembrar que a diversidade e a complexidade da atenção à criança não pode prescindir da idéia de que o objeto do cuidado não é a doença ou o corpo biológico, mas as necessidades da criança e de sua família, e que a integralidade, tem o cuidado como valor.

A teia da integralidade do cuidado uniu fios do pensar e do intervir que permitem imaginar inovações no processo de cuidar da criança. Significa reconstruir-se concebendo fins, ajustando meios. Alarga limites impostos para superar entraves. Não “apenas travar a batalha, para logo descansar”. (DEMO, 2002, p. 11). Ao contrário, para estar sempre no meio dela. É estar sempre em marcha. É uma teia que permite pensar o profissional, a família e a comunidade como sujeitos críticos e



criativos para um cuidado à criança que se assente na perspectiva da integralidade. É uma teia, cujo centro é o cuidado. Apresenta-se como fenômeno complexo, incerto e que sempre inclui a emoção.

Tecendo a Teia da Integralidade do Cuidado à Criança, nos estimulou a elaborar questionamentos para serem discutidos, criticados e reconstruídos no cuidado à criança na ABS. Dentre eles, vamos enumerar alguns:

- Por que o agendamento das consultas subseqüentes médicas e de enfermagem não são realizadas por esses profissionais ao final da primeira consulta?
- Por que o agendamento da consulta é mediado pelo ACS?
- Como associar às informações do SIAB um instrumento que permita avaliar o funcionamento e a estrutura das famílias que vá além dos aspectos de composição familiar, características biológicas e de moradia?
- Como qualificar a visita ao recém-nascido para permitir a identificação de problemas e as respectivas intervenções?
- Como estabelecer prioridades para a visita domiciliar a partir de parâmetros sociais, biológicos e estruturais das famílias e das crianças?
- Como qualificar a visita domiciliar realizada pelo ACS?
- Como planejar a visita domiciliar?
- Como cuidar da criança e sua família nas condições crônicas?
- Que instrumentos utilizar para cuidar da criança tendo a família como contexto e como sistema?
- Por que o preenchimento dos relatórios mensais de produtividade é feito pelo enfermeiro da equipe? Um profissional administrativo não teria a competência para realizar essa atividade?
- Como operacionalizar os aspectos do acolhimento e vínculo das crianças e família na unidade de saúde?...

**Perspectivando a Integralidade do Cuidado à criança na ABS em Contexto de Mudanças** poderá permitir a enfermeiros e médicos uma prática social de suas profissões capazes de fomentar decisões com repercussões positivas para a saúde da criança. Quem sabe, será capaz de romper com o paradigma da

simplicidade, com as certezas para produzir saberes e práticas complexas apoiadas no instável, no incerto, nas ambigüidades e nas incertezas. **Perspectivando a Integralidade do Cuidado à criança na ABS em Contexto de Mudanças** será como percorrer o caminho da complexidade, não para atribuir respostas, mas para continuar questionando, refletindo e desejando melhores tempos. É como sujeitos desejantes **Possibilitando a emergência do novo** que finalizamos a nossa reflexão, a nossa investigação como projeto inacabado. Esperamos a complementaridade de outros saberes e fazeres para o melhor cuidado à criança.

Estes quase quatro anos de doutoramento foram um exercício para articular os vários conhecimentos em uma experiência renovada de um saber/fazer mais coerente com a condição humana. Mas este conhecimento é uma tarefa inacabada em direção ao sem fim. Há aqui uma relação entre realizar e realizado, entre fazer e o feito, entre esforço e êxito que não se completa. De um lado há o saber acumulado pela pesquisa e, por outro, o saber acumulado pela experiência de ser enfermeira e docente. Mas há um saber construído nas experiências comigo mesma. Pode não ter sido fácil recusar o compromisso com a estabilidade de certezas para produzir um conhecimento novo. Mas foi um desenho que se fez de movimentos em transformação para superar o disciplinar, o técnico e buscar espaços relacionais e de contradições para sustentar os processos que, aos poucos, descobria. Foram caminhos de descoberta, de criação e de emoções.

Conhecer significou, para mim, superar algumas dificuldades pessoais, em especial, aquelas relacionadas ao afastamento da família. Mas, foi uma condição que solicitava resgatar o planejar e o planejar-se continuamente. Chegar aqui foi sem dúvidas, resultado de muita dedicação.

Esta tese é um todo, mas não é tudo. É uma “verdade”, mas há outras. Finalizo para recomeçar, pois estou agora na “intranqüilidade do ser social” (MAFFESOLI, 2007, p. 25) que é a de “remastigar uma mesma questão” (Idem, p. 25) confiante de que a “mudança qualitativa requer ruminação que se sustenta no labirinto da vivência como espiral do pensamento”. (Idem, p. 26). Que permite carregar as idéias de sentido e identificar aquilo que tende a emergir promovendo o retorno, a novas buscas, a desconstruções, a reconstruções e a re-atualizações.

Não há nesta tese certezas e fortalezas de idéias. Pela dinâmica do pensamento, chegar aqui, me faz pensar voltar para recomeçar, não para desconstruir simplesmente, mas para re-construir construindo, pela plasticidade, que

significa me enriquecer como mulher, enfermeira, docente, mãe, como ser humano.

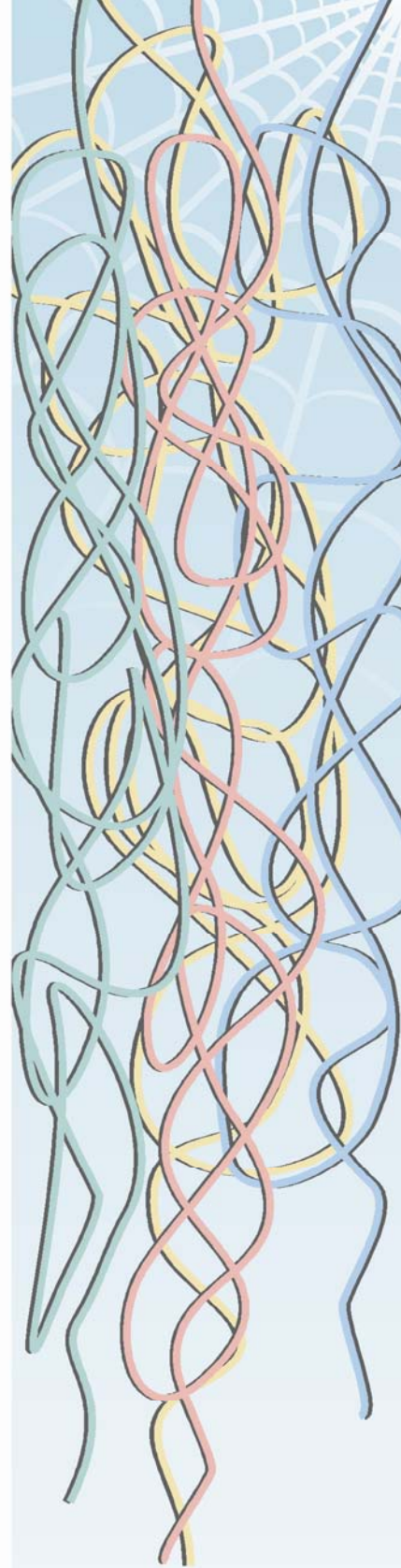
Foi preciso como Maffesoli (2007, p. 31) “sentir o pensar, pensar o sentir”, e colocar o “questionamento sempre a beira do abismo”. Ao mesmo tempo “permite ver, encobre”. E acreditando que a “mudança se faz com aquilo que está próximo e com a ajuda de sonhos imemoráveis”. Chego aqui, iniciando uma nova busca: o confronto com o exercício do agir no e para o cuidado à criança. Os planos são muitos, e estão aqui como turbilhões, e tomara que possamos, em outros momentos, dividir acontecimentos e realizações.

Que possamos nos encontrar para construir novos debates, novos conhecimentos. É nessa direção que, talvez, possamos aguçar consciências e possibilidades para a construção de práticas norteadas pelos princípios e dimensões da integralidade do cuidado. Que nos encontremos para fantasiar. Pois a fantasia é a ponte que liga sentidos e razão e alimenta a transcendência que move o ser humano continuamente. (MONDIN, 1980). Pela “fantasia nos transformamos. E o ser humano [...] pode e deve fantasiar. Pois fantasiar tem como função vitalizar o imaginário, retroalimentar o real com novas práticas em uma teia de significados e de reencantamento”. (SOUSA, ERDMANN, 20018, p. 43).

Que nos encontremos para apresentar, discutir, re-construir novos modos de fazer para compreender o cuidado, o cuidar e a integralidade do cuidado. Que nos encontremos para juntas percebermos que crescemos nos modos de cuidar e de cuidado... Que possamos nos encontrar para FANTASIAR.

## *Referências*

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHOSA, M. da C.; MARTINS, M. I. G.; PEIXOTO, M. J.; SANTOS, M. de L.; PEREIRA, O. **Recordando o passado, vivenciando o presente e perspectivando o futuro**. Escola Superior de Enfermagem de São João. Janeiro, 2005.

ALMEIDA M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 373-82. 2005.

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. 265 p.

AMARAL, M. E. (Coord). Hospitalar de Coimbra. Hospital Pediátrico. **Crianças e Famílias no Hospital: Serviço de Enfermagem**. Coimbra, 2007. 30 p.

ALTHOLFF, C. R. **Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALVES-MAZZOTTI A. J.; GEWANDSZNAJDER F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ARAÚJO, E. C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13 (Supl), p. 663-671. 2008.

ARENAS, N. **Dando a conocer La aplicacion de La Grounded Theory** (Teoria Fundamentada em los Datos). Valencia: Universidad de Caraboro, 2005.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p.79-97.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil**. Brasília (DF): ABEn, 1996.

AYRES J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, v. 1, p. 63-72. 2001.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004a.

\_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 583-592. 2004b.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92. 2004c.

\_\_\_\_\_. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 127-144.

BADINTTER, E. **Um amor conquistado: mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, L. A. **A fábrica de interiores: a formação psi em questão**. Niterói: EDUFF, 2000.

BAPTISTA, M. V. A ação profissional no cotidiano. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 110-121.

BARAÚNA, T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. **Rev Saúde**, v. 27, n. 2, p. 303-6. 2000.

BARROS M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 131-150.

\_\_\_\_\_. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO. 2007. p. 113-126.

BENIGUI, Y. Perspectivas em el control de enfermedades em los niños: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infância. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 1, p. 7-19. 2001.

BERNARDES, E. H. **Princípios do SUS: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. 191 p.

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto GERUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e**

analises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 105-136.

BETINELLI, L. A. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar: fazendo emergir o sentido da vida.** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Mundo da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 231-239. 2003.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12. 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

BOMAR, P. J. Introduction to family health nursing and a promotion family health. Foundations of Nursing care of a families en family health promotion. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families.** Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 3-37.

BRASIL. Atos do poder Executivo. Lei n. 378 de 1937. Cria a Divisão ao Amparo à Maternidade e à Infância e dá nova estrutura ao Ministério da Educação e da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da união, 2 de março de 1937. Disponível em: <http://portal.mec.gov/arquivos/polif/L378.pdf>. Acesso em 01 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Atos do Poder Executivo. Decreto Lei n. 2024 de 17.02.1940. Fixa as bases da organização da Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência em todo o país. Diário Oficial da União, 17 de fevereiro de 1940. Disponível em: <http://e.legis.bvs.br/leisref/public/search.php>. Acesso em: 07 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Subsídios para a Proteção Materno-Infantil. Rio de Janeiro: OPAS/MS, 1972.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre união, Estados e Municípios, com relação à política de saúde. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 29 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PSF: saúde dentro de casa. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília DF: Ministério da Saúde; 1998b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília, 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116). Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Rev Brasileira de Saúde materno-infantil**, v. 3, n. 1, p. 113-25. 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: cursos de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes saúde da família: 2001-2002/Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004b.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para estruturação física das Unidades Saúde da Família. Brasília, 2004 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. v. 4. Brasília, 2006a. Série Pacto pela Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS 96. (Publicada no Diário Oficial de 6.11.1996). Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001\\_96.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf). Acesso em 20 mar. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília: DF. Mar. 2006b. Seção 1. Disponível em: [http://www.conasems.org.br/intraconsems/arquivo/legislacao/DOI\\_2006\\_03\\_29.pdf](http://www.conasems.org.br/intraconsems/arquivo/legislacao/DOI_2006_03_29.pdf). Acesso em: 06 abr. 2008a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 jun. 2008b

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre La educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad Saúde Pública**, n. 12, p. 17-30. 1996.

CAMARGO Jr., K. R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b. p. 35-44.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Qual Saf Health Care**, n. 11, p. 358- 64. 2002.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc Sci Med**, n. 51, p. 1611-2 5. 2000.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84. 2003.

CAMPOS, G. W. S. Construção de uma filosofia da prática em saúde: Método Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005a. p. 09 – 18.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de Saúde da Família. In: \_\_\_\_\_. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005b. p. 68-77.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva e o Método Paidéia. In: \_\_\_\_\_. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005c. p. 21-35.

\_\_\_\_\_. O Estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: \_\_\_\_\_. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 87-132.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 122-149,

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. E. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008. p. 669-688.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. E. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008. p. 137-170.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3. p. 469-478, jul-set., 1997.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005. p.197-210.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory: a practical guide through Qualitative Analysis**. Sage Publications, Inc, 2006. 224 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO, E. A. .; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 214-7. 2005.

COLLIÉRE, M. F. **Cuidar... a primeira arte da vida**. Portugal: Lusociência, 2003.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis SC, Brasil, 1994 - 2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, Supl., p; 191-202. 2002.

CORBO, A. D'Andrea.; MOROSINI, M. V.G.C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: VENANCIO, J. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 157 -181.

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**,v. 59, n. 6, p. 800-4. 2006.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.5-15, set-dez. 2004.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais e usuários. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. 308 p.

CUNHA, A. J. L. A; SILVA, M. A. F. S.; AMARAL, J. J. F. A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI e sua implantação no Brasil. **Rev Pediatr Ceará**, v. 2, n. 1, p. 33-8. 2001.

DEL PRIORE, M. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction. Entering the field of Qualitative Research. In: \_\_\_\_\_. **Handbook of Qualitative Research**. Londres: Sage, 1994. p. 1-7.

DESLANDES, S. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 386-395.

DONABEDIAN, A. The quality of care - How can it be assessed? **JAMA**, n. 260, p. 174 3-8. 1988.

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: Ed. Da Universidade Estadual de Maringá, v. 1, p. 11-24. 2002

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 483-91. 2006.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO. **Histórias e memórias da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto**. Loures: Lusociência, 2003.

FAVORETO, C. A. O. **A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde.** Tese (Doutorado em Medicina Social) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007a. 220 p.

\_\_\_\_\_. **Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007b. p. 213-229

FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F.; SAMICO, I. **Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI): considerações sobre o processo de implantação.** **Rev Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP**, v. 14, n. 1, p. 24-31. 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo/Londrina/Rio de Janeiro: Hucitec/Rede Unida/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

\_\_\_\_\_. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** **Rev Interface**, v. 9, n. 18, p. 489-506. 2005.

FERREIRA, S. M. G. **Principais sistemas de informação de abrangência nacional.** In: **O que você precisa saber sobre o SUS.** v. II. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001. p. 35-81.

FIGUEIREDO, G. L.; MELLO, D. F. **A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde.** **Rev. Latino Am.**, v. 11, n. 4, p. 544-551. 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S.R. **O Agente Comunitário de Saúde e a privacidade das informações dos usuários.** **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1334. 2004.

FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. **O trabalho de equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.** **Rev Latino-Americana de Enferm (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 2, p. 262-268. 2005.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade.** Dissertação (Mestrado). Enfermagem em Saúde Pública. EERP/Ribeirão Preto, 2005. 241 p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Org). **O**

**trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55-124.

\_\_\_\_\_. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 181-193.

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

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GARIGLIO, M. T.; RADICCHI, A. L. A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 153-63. 2008.

GIGER, J. N.; DAVIDHIZAR, R. Transcultural Nursing Assessment Model. **J Transcult Nurs**, v. 13, n. 3, p. 185-8. 2002.

GLASER, R. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.

GLASER, B. **Grounded Theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a La comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 213, p. 177-84. 2007.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. A. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comunic., saúde, Educ.**, v. 9, n17, p. 287-301. 2005.

GOMES, V. L. O. **A interpretação do cuidado de enfermagem à criança em creches pela ótica de Pierre Boudier**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GONZAGA, M. L. C.; NEVES-ARRUDA, E. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Rev Lat Am Enferm**, v. 6, n. 5, p. 17-26. 1998.

GONZALES, R. F., BRANCO R. Medicina dos doentes e medicina das doenças. In: \_\_\_\_\_. **A relação com o paciente:** teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 10-17.

GOULART, F. Saúde da Família: flexibilizar sem perder a compostura. **Rev Olho Mágico**, v. 13, n. 1. 2006.

GROL, R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. **BR Med J.**, n. 315, p.

418-21. 1997.

GRUDTNER, D. I. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 208p.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2004. p.37-56.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S.; DELAAI, T. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: EDUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p. 9-23

HALL, P.; WEAVER, L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding Road. **Med. Educ.**, n. 35, p. 867-875. 2001.

HANSON, S. M. H. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem de Cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.** Loures: Lusociência, 2005a. p. 03-37.

\_\_\_\_\_. Fundamentos teóricos para a Enfermagem de Família. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem de Cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.** Loures: Lusociência, 2005b. p. 39-64.

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 199-212.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

HENRIQUES R. L. M.; ACIOLI S. A expressão do cuidado do processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Rio de Janeiro: BARASCO/HUCITEC, 2004. p. 293-305

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Portugal: Lusociência, 2000.

HONORÉ, B. **Cuidar: persistir em conjunto na existência.** Loures: Lusociência, 2004.

HUTCHINSON, S. Education and Grounded Theory. In: SHERMAN, R.; WEBB, R. **Qualitative Research in education: focus and methods.** Londres: Press, 1998. p.

19-26.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente em 01.04.2007 segundo municípios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>. Acesso em 17 mai. 2008.

JONES, R. Primary care research: ends and means. **Fram Pract**, n. 17, p. 1-4. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. de Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45. 2000.

KELL, M. C. G. Integralidade da Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

KIM-GODWIN, Y. S. Family roles. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families**. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 117-39.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005. p.169-196

L'ABBATE S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacidade de recursos humanos em Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 151-161.

LAMBRECHTS, T.; BRYCE, J.; ORINDA, V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. **Bull World Health Organ**, n. 77, p. 582-94. 1999.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for nursing, 1991

LEITE, M. L. M. A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, M. C. **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 17-50.

LESSMANN, J. C.; SOUSA, F. G. M.; MARCELINO, G.; ERDMANN, A. L. O olhar de acadêmicos de enfermagem acerca do ambiente de cuidado interpretado à luz do paradigma da complexidade. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=249&layout=html>. Acesso em: 13 mai. 2006.

LIMA, G. Sociologia na Complexidade. **Sociologias**, v. 15, p. 136-181. 2006.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2007. p. 29-40.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, M. C. S.; ROMANO, R. A.T.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Cenários de aprendizagem: intersecção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 229-250.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida.** Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2007.

MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. O cuidado Humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. **Cuidar-Cuidado: reflexões contemporâneas.** Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p. 15-33.

MARCILIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. In: FREITAS, M. C. **História social da infância no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1997. p. 51-76.

MARTÍNEZ, F. J. M.; BOSI, M. L. M. Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. M. (Orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 33-71.

MATTOS, R. A. A Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416. 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 45-59

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 39-64.

\_\_\_\_\_. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p.369-382.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: UFMG, 2002.



MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 319 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 233-300.

\_\_\_\_\_. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, M. H. M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, Supl. 1, p. 113-120. 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E., ONOCKO R. (Orgs). **Praxis en salud**: un desafio para lo público. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997b.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314. 1999.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, n. 6, p. 109-116. 2000a.

\_\_\_\_\_. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. 2000. Tese (Livre Docência). Universidade de Campinas/UNICAMP, Campinas/SP, 2000b. 227 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

\_\_\_\_\_. Integralidade; implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p.97-109.

MESGRAVIS, I. A assistência à infância desamparada e a Santa Casa de São Paulo: a roda dos expostos no século XIX. **Revista de História**, v. III, n. 103, p. 401-423. 1976.

MICHAEL, E.; BRIAN, K. The importance of conflict in work team effectiveness. **Team Performance Management**, v. 8, n. 3, p. 17-22. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro; Hucitec- ABRASCO, 2000.

MONDIN, B. **O homem, quem é ele?** Elementos de Antropologia Filosófica. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.

MORIN, E. **O enigma do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

\_\_\_\_\_. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN D. F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 274-286.

\_\_\_\_\_. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 1999.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peiropólis, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Método 4: As idéias: habitat, vida, costumes, organização**. Porto Alegre: Sulina, 2002<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. **O método 5: A Humanidade da Humanidade**. Porto Alegre, Sulina, 2002b .

\_\_\_\_\_. **O método I: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

MUSCARI, M. E. Coping with chronic illness. Nursing knowledge and compassion can empower ill or disabled teens. **Am J Nurs**, v. 98, n. 9, p. 20-22. 1998.

NATALINI, G. Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde. In: **O que você precisa saber sobre o SUS**. v. II. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001. p. 21-34.

NATERA, G.; MORA, J. La teoria fundamentada em el estudio de La familia y las adiciones. In: MARTINEZ, F. J. M.; LÓPEZ, T. M. L. **Análisis cualitativo en salud: teoria, metodo y practica**. México: Plaza y Valdés Editores, 2000. p. 74-95.

NEVES-ARRUDA, E.; BITTENCOURT, M. S.; GONÇALVES, F. A. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectivas de enfermeiras. **Cogitare**, v. 1, n. 1, p. 85-90. 1996.

NOBRE, L. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 963-971. 2003.

NOGUEIRA, M. **História da Enfermagem**. Porto: Edições Salesianas, 1990

ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Março de 2002.

PAIM, J. S. As políticas de Saúde e a conjuntura atual. **Rev Espaço Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 18-24. 1989.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.

PATRICIO, Z. M. O processo de trabalho da Enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 2, n. 1, p. 67-81. 1993.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9. 2001.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEREZ, R. M. C. **Comunicação participativa**: a base para o ensino do cuidado dos pés ao paciente diabético. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. 250 p.

PHILIPS, P. A deconstruction of caring. **J Adv Nurs**, v. 8, n. 2, p. 1554-58. 1993.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experenciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 13-35.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 15-28.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO,

2004. p.21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ, ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Rev Ciência e Cognição**, v. 8, p. 68-87. 2006.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no Hospital geral. **Cogitare Enferm**, 2007, v. 12, n. 3, p. 377-85. 2007.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino AM Enferm**, v. 13, n. 5, p. 729-36. 2005.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do Cuidado e Avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, supl 1, p. S71-S81, dez. 2005.

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

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Decreto-Lei n.º 175/2004**. Procede a Reorganização da Rede de Ensino Superior de Enfermagem. 21 de Julho de 2004.

\_\_\_\_\_. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Materno-Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil. **Programa-Tipo de Actuação. Orientações Técnicas**. 2.ª Edição. Lisboa, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hospital São João**. Página Eletrônica do Hospital São João. [on-line] 2008 [cited 2008 fev 08]; Available from: URL: [http://www.hsjoao.min\\_saude.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27494](http://www.hsjoao.min_saude.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27494).

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Processo de Bolonha**. [on-line] 2007a [cited 2007 nov 28]; Available from: URL: <http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/Bolonha/Processo+Bolonha>

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Decreto-Lei n.º 175/2004**. Procede a Reorganização da Rede de Ensino Superior de Enfermagem. 21 de Julho de 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. **Aprova o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior**. Diário da República – I Série – A, n.º 60. Portugal 24 de março de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Objectivos do Processo de Bolonha.** [on-line] 2007a [cited 2007 nov 28]; Available from: URL:<http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/objectivos+e+Linhas+de+acção/Dimensao+Europeia+do+Ensino+Superior>

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Adequação do Ensino Superior ao Processo de Bolonha.** [on-line] 2007 [cited 2008 fev 08]; Available from: URL: [http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/MCTES\\_Bolonha\\_14\\_Maio\\_2007pdf](http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/MCTES_Bolonha_14_Maio_2007pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Processo de Bolonha. Linhas de Acção.** [on-line] 2007 [cited 2007 nov 28]; Available from: URL:<http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/Objectivos+e+Linhas+de+Acção/ECTS.htm>. 2007d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Processo de Bolonha.** [on-line] 2007b [cited 2008 fev 08]; Available from: URL: <http://www.dges.mctes.pt/Acção/Mobilidade/.htm>

\_\_\_\_\_. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. **Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior.** Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro. Diário da República. 1.ª Série – N.º 174. 10 de setembro de 2007. p. 6258 – 6389. 2007c

PRADO, S. R. L. A. **Integralidade:** um estudo a partir da Atenção Básica à Saúde da criança em modelos assistenciais distintos. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005. 125 p.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; GELBCKE, F. L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 296-302. 2006.

RAMOS, F. R. S. Desafios da formação para o SUS. In: 56. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2004. Gramado. **Anais...** Gramado: ABEN-Seção Rio Grande do Sul, 2004.

REZENDE, K. T. A. **O processo de gerencia nas unidades de saúde da família:** limites e possibilidades em construção. Tese. (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 206 p. 2007.

RIBEIRO, E. M. **Conectividade do vínculo do/no Programa Saúde da Família (PSF):** desafios de médicos e enfermeiros em uma realidade de implantação do programa. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 285 p.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. E. P.; BLANCK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446. 2004

RIZZINI, I. **A assistência à infância no Brasil:** uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.

ROVERE, M. **Redes em salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y La comunidad**, 1999. Disponível em: <http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/RedesSalud.pdf>. Acesso em 12 abr. 2008.

ROWE, A. K.; ONIPO, F.; LAMA, M. et al. Management of childhood illness at health facilities in benin: problems and their causes. **Am J Public Health**, n. 91, p. 1625-35. 2001.

SAMICO, I.; HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E. et al. Atenção à Saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde Matern. Inf.**, v. 5, n. 2, p. 229-240. 2005.

SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Desenvolvido segundo o costume dos filósofos. **Rev Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 111-132. 1998.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em Enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev Lat. Am. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 460-468. 2004.

SAÚDE, M. I. B. M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006. 249 p.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface. Comunic., saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 531-36. 2005.

SCHNITMAN, D. F. Introdução: Ciência, cultura e subjetividade. In: SCHNITMAN, D. F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 9-21.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SILVA, A. L. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente**. Série Tese em Enfermagem. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais**. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56. 2008.

\_\_\_\_\_. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n.4, p. 488-91. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. A medicina de família e comunidade: a atenção primária à saúde e o ensino de graduação. **Recomendações & potencialidades**, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SOBEP. O PSF e a pediatria. Disponível:  
[http://www.sbp.com.br/show.item2.cfm?id\\_categoria=17&id\\_detalhe=2252&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show.item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=2252&tipo_detalhe=s). Acesso em: 07 ago. 2008

SOUSA, F. G. M. **Fatores de risco para a carência nutricional de ferro em crianças de zero a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, Fortaleza UFC/UFMA, 2002.

SOUSA, F. G. M.; TERRA, M. G.; ERDMANN, A. L. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 3. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=86&layout=html>. Acesso em: 23 jul. 2006 .

SOUSA, F. G. M.; ARAÚJO, T. L. Fatores de risco para a carência nutricional de ferro em crianças de zero a sessenta meses na perspectiva do Modelo Campo de Saúde. **Rev. Texto Contexto**, v. 13, n. 3, p. 420-6. 2004a.

\_\_\_\_\_. de. Avaliação nutricional de crianças de seis a sessenta meses. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 534-6. 2004b.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. A integralidade do cuidado: do real à fantasia. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. **Cuidar-Cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Editora Papa-Livro, 2008. p. 35-46.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 2, p. 26-70. 2005.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Rev Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-55. 2001.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. R. R. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil: In: NEGRI, R.; FARIA, R.; VIANA, L. **Recursos humanos em saúde** – política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia, 2002. p. 09-31.

SPINK, M. J. P. Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.18-27, jan-abr. 2007.

SPOSATI, A. Conhecimento da verdade e o exercício do poder. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 66-77.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias.** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. p. 19-42.

STRAUSS, A. L. **Qualitative analyses for social scientists.** Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. Grounded Theory Methodology: an overview. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of quantitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. p. 273-285.

\_\_\_\_\_. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.** London: SAGE Publications, 1998.

\_\_\_\_\_. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.** Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista.** Loures: Lusociência, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 supl., p.153-162. 2002.

TEIXEIRA, E. R. Um ensaio teórico filosófico sobre o desejo no cuidado numa perspectiva interdisciplinar. **Rev Esc Anna Nery Enferm**, v. 6, n. 2, p. 305-17. 2002.

TOMEY, A. M.; ALYGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** Portugal: Lusociência, 2002.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-203.

TRENCH, M. H.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no PSF. **Rev. Bras de Enferm**, v. 53, n. esp., p.143-7. 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. Brasília, 1994.

VASCONCELOS, E. M. R. **Cuidado de enfermagem com visão holográfica na**



**abordagem de idosos com depressão utilizando a terapia floral de Rach.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WATSON, J. **Enfermagem:** Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem. Portugal: Lusociência, 2002.

WALDOW, V. R. Cuidado humano e a Enfermagem: ampliando a sua interpretação. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v. 1, n. 2, p. 142-53. 1997.

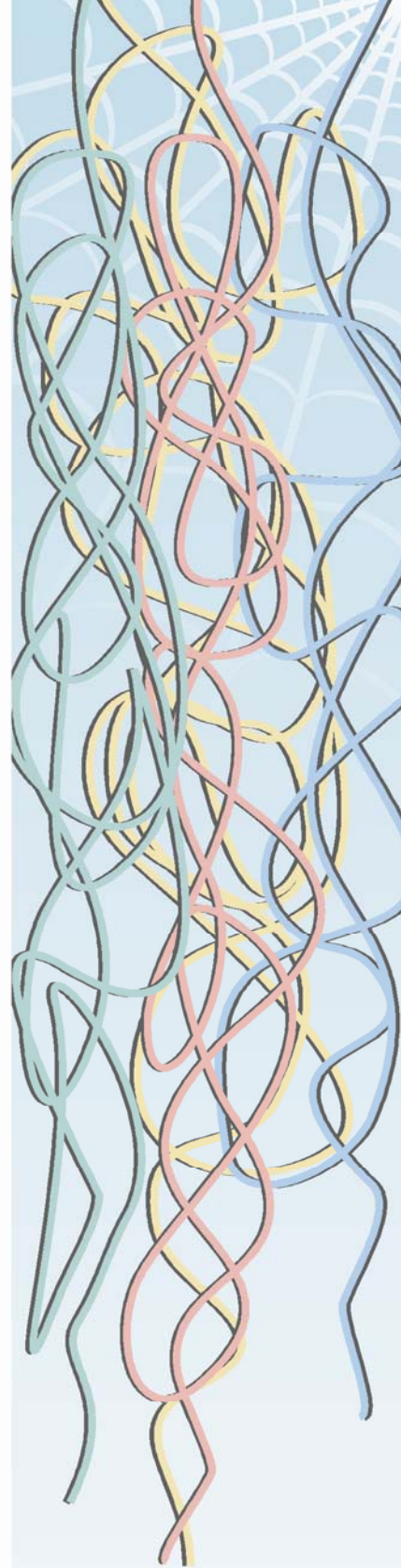
\_\_\_\_\_. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2004. p.133-155.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 21-7. 2004.

# *Appendice*

---



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### Solicitação para Coleta de Dados

**De:** Francisca Georgina Macedo de Sousa

**Para:** Coordenadora da Divisão de Educação e Saúde – SEMUS

Ilma. Senhora Coordenadora,

Eu, **Francisca Georgina Macêdo de Sousa**, enfermeira, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), venho apresentar a esta Coordenação o projeto de pesquisa intitulado “Saúde da Criança: construindo um referencial das práticas de cuidado na Atenção Básica de Saúde na perspectiva da integralidade” com o objetivo de construir um modelo teórico conceitual do cuidado à criança. Serão sujeitos da investigação os gestores estaduais, municipais e profissionais do PSF. A entrevista será o recurso metodológico para a coleta dos dados. Não serão utilizadas imagens visuais produzidas por filmagens e/ou fotografias das unidades, dos profissionais e usuários. O nome dos participantes será mantido em sigilo e as informações serão utilizadas somente para fins da investigação e nas publicações dela decorrentes. Ressalta-se que a investigação não tem caráter avaliativo dos serviços e das práticas profissionais.

. O projeto de pesquisa (Anexo 1) foi desenvolvido sob orientação da Dra. Alacoque Lorenzini Erdamnn, aprovado em Exame de Qualificação na UFSC (Anexo 2) e com parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa do HU-UFMA sob registro nº. 33104-850/2006 de 21 de agosto de 2006 (Anexo 3).

Feitas estas considerações, venho solicitar autorização para realizar a coleta de dados nas Unidades Saúde da Família no município de São Luís – MA, envolvendo profissionais e usuários. Os dados serão coletados em data e horário previamente agendados, de acordo com a disponibilidade dos interessados em colaborar com a investigação.

No aguardo da autorização, subscrevo-me agradecendo antecipadamente pela atenção. Para eventuais dúvidas informo meu endereço eletrônico e telefone.

São Luís 29 de agosto de 2006

Francisca Georgina Macêdo de Sousa

E-mail: [fgeorginams@hotmail.com](mailto:fgeorginams@hotmail.com)

Telefone: (98)3225 36 42

## APÊNDICE 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para os profissionais

Venho pelo presente, solicitar sua participação na pesquisa para o desenvolvimento da Tese intitulada Saúde da Criança: construindo um referencial das práticas de cuidado na Atenção Básica de Saúde na perspectiva da integralidade, sob orientação da Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, com o objetivo de construir um modelo conceitual do cuidado à criança. Para alcançar o objetivo proposto lhe convido a participar do estudo para que possa contribuir com as informações sobre o cuidado a criança na Atenção Básica. Caso aceite, o nosso encontro para a entrevista será marcado por você segundo a sua disponibilidade em local e horário por você determinado. A entrevista será gravada em meio digital. A nossa conversa poderá ser realizada em mais de um encontro. Após a entrevista farei a transcrição da mesma que será entregue a você para que confirme as informações dadas. As informações poderão ser alteradas e completadas se você assim desejar. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas. O seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no texto de forma anônima e em conjunto com as respostas de outros participantes da investigação. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário.

Atenciosamente as pesquisadoras

Francisca Georgina Macedo de Sousa  
Rua dos Sabiás, 12 Condomínio Porto Alegre/1004, São Luis – MA  
e-mail: [fgeorginams@hotmail.com](mailto:fgeorginams@hotmail.com)  
Telefone: (98) 3235 72 07  
Telefone do Comitê de Ética: (98) 21091223

Alacoque Lorenzini Erdmann  
E-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br)

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

São Luis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

### APÊNDICE 3

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para as mães

Venho pelo presente, solicitar sua participação na pesquisa que estou realizando sobre as práticas de cuidado a criança. Para alcançar os objetivos do estudo lhe convido a participar para que possa ajudar dando as informações sobre o cuidado a criança na unidade de saúde do seu bairro. Caso aceite, a nossa conversa pode ser realizada na unidade de saúde ou na sua casa em dia e horário que achar conveniente. A entrevista será gravada e pode ser realizada em mais de um encontro. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Asseguramos que as informações dadas por você são sigilosas e serão utilizadas somente pelas pesquisadoras. O seu nome e do seu filho serão mantidos em sigilo e de forma anônima. O presente documento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e telefone para possíveis questionamentos sobre esse trabalho.

Atenciosamente as pesquisadoras

Francisca Georgina Macedo de Sousa  
Rua dos Sabiás, 12 Condomínio Porto Alegre/1004, São Luis – MA  
e-mail: [fgeorginams@hotmail.com](mailto:fgeorginams@hotmail.com)  
Telefone: (98) 3235 72 07  
Telefone do Comitê de Ética: (98) 21091223

Alacoque Lorenzini Erdmann  
E-mail: [alacoque@newsite.com.br](mailto:alacoque@newsite.com.br)

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

São Luis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE 4

### Guiando a Matriz Conceitual para fins de validação da Teoria Substantiva Construída na Investigação

Esta síntese foi construída para orientar os participantes para a validação da Teoria aqui nomeada de Matriz Conceitual. Tem como objetivo clarear a proposta metodológica da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), e assim facilitar o processo de validação. Faremos inicialmente algumas explicações sobre o método e, em seguida as orientações para a validação da Matriz Conceitual.

A TFD é um método que explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e contribui para o desenvolvimento de teorias, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas de substantivas. A TFD consiste em uma forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por meio de um processo de coleta e análise de dados sistematicamente conduzidos. O resultado desse processo é uma **teoria** que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos.

Na nossa investigação a compreensão do significado da integralidade do cuidado à criança na ABS vivenciada pelos profissionais, gestores e mães (teoria) foi expressa por conceitos organizados em categorias e sub-categorias dinamicamente interligadas em um fenômeno nomeado PERSPECTIVANDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM TEMPO DE MUDANÇAS.

De maneira geral, as teorias são modelos conceituais que permitem acumular e organizar descobertas resultantes das investigações. Consistem em conceitos e relações. Os conceitos, ou as principais idéias expressas por uma teoria, podem existir num *continuum*, partindo do concreto para o abstrato. Quanto mais abstrato for o conceito, maior será a amplitude das suas definições. As teorias são conjuntos sistemáticos de idéias que explica o que está acontecendo. Respondem ao “como” e ajudam a interpretar e a compreender os fenômenos e prevêm ou apontam para o que pode acontecer no futuro. Na TFD a teoria (substantiva) é delimitada a partir de cinco elementos: **contexto** (onde ocorre o fenômeno); **condições causais** (são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou o desenvolvimento de um fenômeno); **condições intervenientes** (são ações que alteram o impacto das condições causais: podem facilitar ou dificultar);

**estratégias** (são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos ou fatos) e **conseqüência** (são os resultados das ações).

Para a validação da Teoria elaborada, desejamos que vocês olhem para a figura da teia e para as categorias expressas como contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e conseqüências e avaliem se esse diagrama e seu conjunto representa a integralidade do cuidado à criança na ABS. As sugestões poderão ser inseridas na própria figura ou em comentários descritivos.

**O que desejo que avaliem:**

A figura revela a integração das categorias?

A teoria explicita a integralidade do cuidado à criança como movimento em construção?

As categorias estão bem nomeadas?

Os conceitos (categorias) são abstratas? Tem poder de generalização?

O fenômeno Perspectivando a Integralidade do Cuidado em Contexto de Mudanças revela a integralidade como processo em construção?

As categorias se inserem realmente como contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e conseqüência?

De modo resumido a teoria elaborada na investigação indicou a potencialidade para o desenvolvimento de práticas integrais no cuidado à criança considerando o contexto de mudanças atualmente vivenciadas na ABS em São Luís, por experiências bem sucedidas e pelo desejo do novo. Deixou clara a necessidade de afastar as práticas profissionais da centralidade da doença e dirigir-se para a criança e sua família como sujeito de direitos. O que implica abandonar as práticas medicalizadoras e que as ações e atitudes dos profissionais e gestores se aproximem das emoções vividas na alegria da vida e no sofrimento das enfermidades. Pois a integralidade do cuidado pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento permeadas pelas emoções. Pensar a integralidade do cuidado pelo trabalho interdisciplinar e em equipe é pensar na diversidade, nos processos de interação, conflitos, contradições. Significa estabelecer trocas e estratégias de cuidado (construindo estratégias de cuidado) como fio tecedor da integralidade. Nessa teia do cuidado há “nós” fortes e fracos resultado do entrelaçamento de relações, de valores cuja dinâmica pode ser alterada pelos modos como os profissionais se posicionam nessa teia. Essa idéia de teia pode valorizar a possibilidade de trocas e de interações, pelo compromisso com a superação e pelos

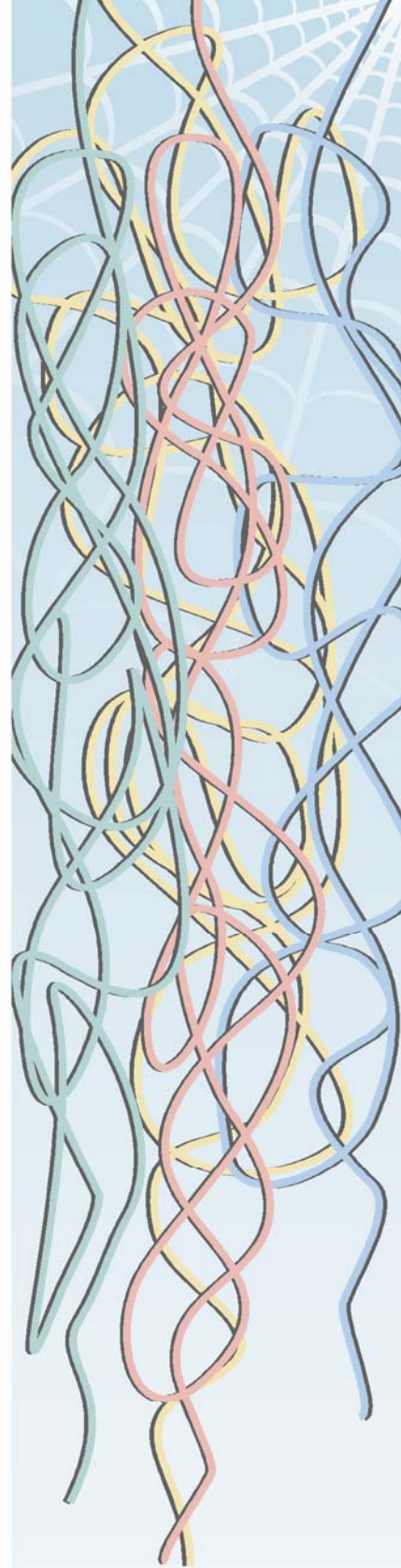


mecanismos de solidariedade que faz operar e revitalizar a dimensão humana exigida no cuidado a saúde.

Essa é uma teoria que revela que é no cotidiano das práticas profissionais que será construído o afastamento da dimensão racional do biológico e aproxima-se da subjetividade que a integralidade do cuidado exige. Parece-nos que os desafios para a integralidade do cuidado dirigem-se às práticas dos trabalhadores de saúde no sentido de que estes sejam capazes, em um diálogo recursivo, gerar acolhimento, vínculo e responsabilização em um esforço para desfragmentar o atendimento e gerar um legítimo encontro com o outro – criança e família. São movimentos dinâmicos e complementares para recuperar e retomar o caminho do cuidado defendendo o enfoque que prioriza a integralidade. São movimentos de saberes, de habilidades, de competências e de desejos para o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a criança em todas as suas demandas num enfoque familiar, social e epidemiológico. Pode-se pensar que a integralidade do cuidado coloca-se entre conflitos, contradições, incertezas e expectativas vivenciadas no cotidiano de gestores, profissionais e mães. Nesse contexto, constroem-se relações, interações, encontros, desencontros, ações, atitudes, que muitas vezes não são ditas, mas são explicitadas nas intenções, nos desejos e vontades daqueles que fazem a ABS. É sobre essa dimensão, às vezes clara e concreta, outras vezes, nem tanto, que emergem os limites e as possibilidades de garantir a integralidade do cuidado a criança, numa teia aberta, dinâmica, incerta e incompleta.

# *Anexos*

---



**ANEXOS**

## ANEXO 1

## Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 247/06

Pesquisador(a) Responsável: **Alacoque Lorenzini Erdmann**

Equipe executora: **Francisca Georgina Macedo de Sousa**

Tipo de Pesquisa: **Doutorado**

Registro do CEP: **254/06** Processo Nº. **33104-850/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Unidades de Saúde da Família**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 21.08.2006 o processo Nº. 33104-850/2006, referente ao projeto de pesquisa: "Saúde da criança: construindo um referencial das práticas de cuidado na atenção primária de saúde na perspectiva da integralidade", tendo como pesquisadora responsável Alacoque Lorenzini Erdmann, cujo objetivo é "Construir um modelo teórico representativo da organização do serviço e das práticas de cuidado à criança na atenção primária de saúde sob a perspectiva da integralidade do cuidado". Na metodologia: trata-se de um estudo qualitativo mostra-se pertinente para a compreensão do objeto deste estudo, na medida em que aciona significado, favorecendo a compreensão que sustenta as práticas assistenciais de atenção à criança. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve envia-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 21/08/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 21 de agosto de 2006.

*Wildoberto Batista Gufgel*  
Coordenador do CEP  
*Ethica homini habitat est*

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br

**ANEXO 2****Autorização para Coleta de Dados**

**PREFEITURA DE SÃO LUÍS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**Superintendência de Ações de Saúde**  
**Coordenação Geral do PACS/PSF**

São Luís (MA), 26 de setembro de 2006

MEMO CIRCULAR N ° 042/2006


Da: Coordenação do PSF/PACS

Para: Diretor (a)/Administrador (a) *USF Vila Roldão*

Ilmo.(a) Sr.(a)

Estamos apresentando a V. Sa., **Francisca Georgina Macedo de Sousa** na condição de aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC para que possa realizar pesquisas de campo da Tese de Doutorado, intitulada "SAÚDE DA CRIANÇA: CONSTRUINDO UM REFERÊNCIAL DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE".

Atenciosamente,

  
**Onésima Cerviça**  
Coordenadora Geral PSF/PACS  
Em Exercício