

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAQUEL DULLY ANDRADE

Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no
contexto da atenção primária

Ribeirão Preto

2012

RAQUEL DULLY ANDRADE

Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no
contexto da atenção primária

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Raquel Dully.

Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária / Raquel Dully Andrade; orientadora Débora Falleiros de Mello. – Ribeirão Preto, 2012.

191 f. : il.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

1. Criança. 2. Enfermagem. 3. Direitos. 4. Advocacia em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde.

ANDRADE, Raquel Dully

Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

A Deus... amor que move as
circunstâncias... pela proteção,
generosidade e luz....

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio, compreensão e afeto...pelos momentos de leveza, aconchego e alegria.

À Débora Falleiros de Mello, minha querida orientadora, grande educadora, exemplo de profissional e ser humano, pela equilibrada condução do processo de produção da tese, e pelo comprometido exercício de advocacia por seus orientandos.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, pela oportunidade de trilhar e realizar o sonho do mestrado e do doutorado, viabilizando projetos de carreira e de vida.

Às professoras Carla Aparecida Arena Ventura e Marta Angélica Iossi Silva, pelas contribuições a este estudo na qualificação.

Ao Curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), pela possibilidade de vivência do universo acadêmico enquanto docente.

Ao Curso de Nutrição da FESP, pela possibilidade de fazer parte desse grupo.

Aos meus colegas professores da FESP, pela compreensão e apoio nos momentos de ausência.

À equipe do Ambulatório Escola, da qual faço parte, pela cooperação e companheirismo, e por tornar o cotidiano de meu trabalho mais dinâmico.

À querida e comprometida Jaqueline Silva Santos, pelo precioso e zeloso auxílio na confecção desta tese.

Aos meus amigos, por tornar o percurso mais leve.

À equipe do Serviço de Pós-Graduação da EERP-USP, pelo profissionalismo e cordialidade no atendimento.

Aos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família de Passos, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências na defesa da saúde da criança, possibilitando a construção do presente estudo.

É!

*A gente quer valer o nosso amor
A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor...*

*A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suor, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade...*

É!

*A gente não tem cara de panaca
A gente não tem jeito de babaca
A gente não está
Com a bunda exposta na janela
Prá passar a mão nela...*

É!

*A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação...*

É! É! É! É! É! É! É! É!...

RESUMO

ANDRADE, Raquel Dully. **Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária.** 2012. 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

As práticas de saúde necessitam ser fortalecidas com a atuação dos profissionais e dos sujeitos na construção de planos de responsabilização, para maior integralidade da atenção e do exercício do direito à saúde, destacando-se aqui as ações em favor da criança, um ser especialmente vulnerável na sua própria advocacia. O objetivo do presente estudo foi compreender as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde, buscando novos subsídios para a constituição de práticas e saberes no contexto da atenção primária em saúde da criança. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, numa perspectiva hermenêutica, a partir de entrevistas semiestruturadas gravadas com 14 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Passos-MG, com análise temática dos dados. Os resultados foram agrupados nos seguintes temas: A puericultura como momento de defesa, A visita domiciliar como parte das ações no contexto de defesa, Parcerias Positivadas e Não Positivadas, Componentes da competência do enfermeiro no processo de defesa da criança. As narrativas dos enfermeiros retrataram várias formas e experiências de defesa da saúde da criança, com ênfase nos aspectos sobre avaliação da criança, identificação de situações vulneráveis para a criança, dificuldades na abordagem e condução dos casos, observação e intervenção para o cuidado da criança em casa, apreensão de situações de privação, o uso de álcool e drogas pelos pais e ou familiares, a comunicação entre os profissionais e os serviços, lacunas nas relações de parceria, limites na integralidade e intersetorialidade das ações na rede, interação e envolvimento com a criança e sua família, conhecimentos para melhoria do cuidado e da advocacia em saúde. Nas experiências narradas pelos enfermeiros emergiram complexidades e intersubjetividades, demonstrando a necessidade de fortalecimento do apoio entre profissionais e serviços, sob pena de uma condição de maior vulnerabilidade para as crianças. Os potenciais da relação entre as áreas da saúde e do direito foram destacados, com possibilidades de empoderamento da clientela atendida. Entre os componentes da competência do enfermeiro destacaram-se as habilidades de comunicação e interação, envolvimento e empatia, responsabilidade e conhecimento teórico-prático. Uma análise contextual dos resultados fortaleceu a importância do território e a necessidade de sua valorização na rede municipal, com vistas à articulação dos serviços e políticas públicas. O desempenho do enfermeiro na estratégia saúde da família envolve comprometimento e aprimoramento de saberes e práticas para defender e proteger os sujeitos. Nesse processo, a iniciativa, a habilidade e a ação de defesa implicam no estabelecimento de interações intersubjetivas para efetivar o cuidado e a advocacia em saúde. Na saúde da criança os enfermeiros devem ser agentes públicos imbuídos de observação e intervenção para respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos na proteção da saúde da criança de modo integral e longitudinal.

Palavras-chave: Criança. Enfermagem. Direitos. Advocacia em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ANDRADE, Raquel Dully. **In defense of child's health: nursing care and the right to health in the context of primary care.** 2012. 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Health practices need to be strengthened by the performance of professionals and subjects in the construction of responsibility plans, in order to have greater integrality of care and the practice of the right to health, here pointing out the actions in favor of the child, a being especially vulnerable in its own advocacy. The aim of this present study was to understand the nurses' experiences who work at family's health units in the perspective of care and the defense of the right to healthcare, searching for new subsidies to the constitution of practices and knowledge in the context of primary care in child's health. It is an investigation of qualitative nature, in a hermeneutic perspective, from semi structured interviews recorded with fourteen nurses who work at Estratégia de Saúde da Família in Passos-MG, using thematic analysis of the data. The results were put together according to the following themes: Child welfare as defense time, Family visiting as part of the actions in the context of defense, Positive and Non-Positive Partnerships, Components of the nurse's competence in the process of the child's defense. The nurses' speeches have showed several ways and child's health defense experiences, emphasizing the aspects about the child's assessment, identifying vulnerable situations for the child, difficulties in the approach and conduct of the cases, observation and intervention for the child care at home, understanding of privation situations, parents or relatives who drink alcohol or take drugs, the communication between professionals and services, gaps in the partnership affairs, limits in the integrality and intersectoriality of the actions in the system, interaction and involvement with the child and family, knowledge for the improvement of care and health advocacy. Complexities and inter subjectivities have emerged from the experiences told by the nurses, showing the need for support strengthening between professionals and services, under penalty of a greater vulnerability for the children. The potentials of the relations among the health care areas and rights were highlighted, counting with the empowerment of the clients who were seen. Among the components of the nurse's competency, it can be pointed out the abilities in communication and interaction, involvement and empathy, responsibility and theoretical and practical knowledge. A contextual analysis of the results has strengthened the territory importance and the need of its valorization in the municipal system, having in mind the articulation of the services and public policies. The performance of the nurse in the family health strategy implies in compromising and improvement of knowledge and practices in order to defend and protect the subjects. In this process, the initiative, the ability and the defense action imply in the establishment of inter subjectivities in the effectiveness of care and the health advocacy. The nurses, in the child health, have to be public agents committed with observation and intervention in order to respect, protect and put in effect the human rights in the protection of the child's health as an integral and longitudinal way.

Keywords: Child. Nursing. Rights. Health Advocacy. Primary Health Care.

RESUMEN

ANDRADE, Raquel Dully. **En defensa de la salud de los niños: el cuidado de enfermería y el derecho a la salud en el contexto de la atención primaria.** 2012. 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Las prácticas de salud necesitan ser fortalecidas con el desempeño de los profesionales y los sujetos en la construcción de planes de responsabilidad de una mayor integralidad de la atención y ejercer el derecho a la salud, especialmente las acciones aquí en nombre de los niños, un ser particularmente vulnerable en su propia defensa. El objetivo de este estudio fue conocer las experiencias de los enfermeros que trabajan en las unidades de salud de la familia en la perspectiva del cuidado y la protección del derecho a la salud, buscando nuevas subvenciones para el establecimiento de prácticas y conocimientos en el contexto de la atención primaria de la salud del niño. Esta es una investigación cualitativa, en una perspectiva hermenéutica, a partir de entrevistas semiestructuradas grabadas con 14 enfermeros que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Passos-MG, con el análisis temático de los datos. Los resultados se agruparon en los siguientes temas: La puericultura como un momento de defensa, La visita domiciliar como parte de las acciones en el contexto de defensa, Alianzas Positivadas y No Positivadas, Componentes de la competencia del enfermero en la defensa del niño. Los relatos de los enfermeros retrataron varias formas y experiencias de protección de la salud de los niños, con énfasis en la evaluación del niño, la identificación de situaciones vulnerables para los niños, las dificultades en el enfoque y la gestión de los casos, la observación e intervención para el cuidado de los niños en situaciones de privación, el alcohol y las drogas por los padres o miembros de la familia, la comunicación entre los profesionales y los servicios, las lagunas en las relaciones de asociación, los límites de la integración y las acciones intersectoriales en la red, la interacción y participación con los niños y familias, los conocimientos para mejorar el cuidado y la defensa de la salud. En las experiencias relatadas por los enfermeros emergieron complejidades y intersubjetividades, lo que demuestra la necesidad de fortalecer el apoyo entre los profesionales y servicios, bajo pena de una condición de mayor vulnerabilidad para los niños. Los potenciales de la relación entre las áreas de salud y del derecho se pusieron de relieve, con oportunidades para el empoderamiento de la clientela. Entre los componentes de la competencia del enfermero se destacaron las habilidades de comunicación y la interacción, la participación y la empatía, la responsabilidad y el conocimiento teórico y práctico. Un análisis contextual de los resultados refuerzan la importancia del territorio y la necesidad de su valoración en la red municipal, con miras a la coordinación de los servicios y las políticas públicas. La actuación del enfermero en la estrategia de salud de la familia implica el compromiso y la mejora de conocimientos y prácticas para defender y proteger a los sujetos. En este proceso, la iniciativa, la habilidad y la acción de defensa implican en el establecimiento de las interacciones intersubjetivas en la atención efectiva y defensa de la salud. En la salud de los niños, los enfermeros deben ser funcionarios públicos imbuidos de observación e intervención de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos en la protección de la salud infantil en una parte integral y longitudinal.

Palabras claves: Niño. Enfermería. Derechos. Defensa en Salud. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas dos enfermeiros entrevistados nas Equipes de Saúde da Família. Passos-MG. 2012.....	45
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID – Classificação Internacional de Doenças
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
EBBS – Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HELPSAM – Health Promotion Strategy Analysis Model
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN – International Council of Nurses
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
I-TECH – International Training and Education Center on HIV
MG – Minas Gerais
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
NOB-RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAJ – Procuradoria de Assistência Judiciária
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PROMAI – Programa Materno Infantil da Santa Casa
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
SF – Saúde da Família
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEIAS – Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UBAAM – Unidade Básica Amiga da Amamentação
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidades de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Saúde e advocacia: aspectos históricos.....	15
1.2 A saúde da criança e o direito à saúde.....	24
2 OBJETIVOS.....	34
3 BASES CONCEITUAIS.....	35
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
4.1 Tipo de estudo.....	41
4.2 Local do Estudo.....	42
4.3 Coleta dos Dados.....	43
4.4 Análise dos dados.....	44
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICE A.....	190
ANEXO A.....	191

1 INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo está ligada à minha atuação na área de enfermagem tanto no ensino de graduação, no Curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), quanto na prática assistencial na rede básica de serviços de saúde do município de Passos-MG, com inquietações para com a vulnerabilidade da criança em sua autodefesa, em favor de sua dignidade e da garantia de seus direitos, atrelada a reflexões sobre a responsabilidade de profissionais de saúde que cuidam desse grupo etário, em especial o enfermeiro que atua no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A isso se somaram leituras de textos que valorizam o exercício da advocacia em saúde, na perspectiva de que os profissionais de saúde são potenciais advogados, conceito esse utilizado internacionalmente em documentos da área da saúde e pouco explorado no Brasil.

Atualmente, as práticas de saúde, tanto nos serviços de saúde quanto nas famílias e comunidade, necessitam ser repensadas com vistas a aumentar o vínculo com a população, à adesão às medidas de proteção e promoção da saúde e à atuação efetiva dos profissionais junto às famílias, bem como à construção de projetos de saúde e de planos de responsabilização dos sujeitos envolvidos.

Na saúde infantil, a assistência prestada nos serviços de saúde pode ter um impacto limitado se não se considerar que os pais, a família, a comunidade e todos os cuidadores que assistem essa clientela, incluindo os profissionais de diversas áreas que atendem as crianças e famílias, exercem um papel fundamental na proteção da saúde infantil.

De modo geral, os pais são os cuidadores diretos das crianças, embora algumas vezes sejam substituídos nessa atribuição por outros membros da família ou da comunidade. A qualidade desses cuidados, bem como o ambiente e a dinâmica familiar são essenciais para o crescimento e desenvolvimento seguro e saudável da criança, que também são influenciados pela qualidade da atenção recebida de profissionais que lidam com essa clientela, como os profissionais da saúde e da educação, entre muitos outros, destacando-se aqui os trabalhadores da APS.

Os pais e a família são as figuras primárias de cuidado e proteção da criança. Os profissionais podem ter condições e conhecimentos ligados à defesa dos direitos das crianças, além de ocuparem um espaço de proximidade que permite a identificação de demandas, necessidades e ou violações, compondo uma posição de grande responsabilidade em relação ao bem-estar infantil.

Além disso, quando os pais não assumem seu papel de proteção e cuidado, tornado-se algumas vezes os violadores dos direitos da criança, outros membros familiares, a comunidade e os profissionais tornam-se especialmente importantes para a defesa e garantia dos direitos infantis. Por outro lado, se a família e a comunidade se mostram frágeis em relação a essa responsabilidade, a defesa da qualidade de vida e dos direitos da criança dependerá significativamente das ações dos profissionais mais próximos, que têm possibilidades de identificação, avaliação, abordagem e condução dos casos.

Entre esses profissionais estão aqueles inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que devem desenvolver um cuidado centrado na família, fundamentado no vínculo, longitudinalidade, intersetorialidade e integralidade da atenção à saúde.

Ressalta-se que as discussões sobre humanização, integralidade do cuidado, promoção da saúde, assim como os princípios de qualidade de vida, equidade, autonomia e direitos dos usuários têm se configurado em estratégias para a reorganização da atenção à saúde.

Assim, este estudo tem como foco central a temática do cuidado e da defesa do direito à saúde, particularmente para a enfermagem em saúde da criança, buscando novos subsídios para a constituição de saberes e práticas no contexto da atenção primária em saúde da criança.

1.1 Saúde e advocacia: aspectos históricos

Para falar de um conceito que trata da defesa pela saúde, no sentido da advocacia, ou seja, interceder a favor de alguém e defender com argumentos e razões, é importante considerar as diversas dimensões que envolvem a saúde, tornando-se fundamental o diálogo entre os campos da saúde e dos direitos humanos.

É possível rastrear a história dos Direitos Humanos em um passado distante, mas um movimento de configuração moderna tem cerca de 60 anos. Esse movimento surgiu a partir dos anos 1940, pelo despertar diante das atrocidades ocorridas durante a II Guerra Mundial, levando a uma organização para promoção dos direitos humanos, marcada, principalmente, pela criação da Organização das Nações Unidas e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, buscando assegurar a garantia de direitos que são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Trata-se de um documento de aspiração comum, elaborado pelos governos e para os governos, que, em 1966, foi contemplado pelos seguintes pactos: Pacto

dos Direitos Civis e Políticos e Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (BRASIL, 2001b).

No tocante à organização histórica dos direitos humanos, datam do século XVIII os direitos denominados de primeira geração, que são os direitos de liberdade ou direitos civis e políticos; no século XIX surgiram os de segunda geração, que são os direitos de igualdade ou direitos sociais; e no século XX os direitos de terceira geração, que são os direitos de titularidade coletiva, voltados para questões como meio ambiente, desenvolvimento, democracia, paz, entre outros aspectos de ordem coletiva (FRANÇA JUNIOR; AYRES, 2000).

Entre os direitos humanos está o direito à saúde. O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, entre os direitos afirmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Enquanto uma formalização constitucional, a saúde foi reconhecida como um direito no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003a, 2003d).

De acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1987, o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, compreendendo que o direito à saúde implica em trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, transporte, repouso, lazer e segurança (BRASIL, 2008f).

Em sequência, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, materializou-se como uma conquista da população, quando em 1988 foi votado e criado o Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, ampliando a concepção de saúde para além da ausência de doença e passando a ser entendida como qualidade de vida (BRASIL, 2005c, 2006h).

Assim, o movimento de democratização do Brasil colocou na Constituição Federal de 1988 um conjunto importante de direitos sociais, inserindo a saúde como um dever do Estado, marcando um processo histórico de conquista de um sistema de proteção social no país, em que a saúde torna-se um direito social básico, entre as condições de cidadania da população (BRASIL, 2010c).

A Constituição de 1988 consagrou, ainda, as ações e os serviços de saúde como de relevância pública e definiu entre as funções institucionais do Ministério Público a de zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública (BRASIL, 2004b).

A proposta da legislação constituinte, ao definir como de relevância pública os serviços de saúde, foi determinar o aspecto prioritário e essencial dos serviços de saúde, de

modo que o Ministério Público, que do contrário poderia zelar pelo cumprimento de todos os direitos assegurados na Constituição, passa, pelo texto constitucional, a ter sua atuação restrita, voltada aos serviços de relevância pública (BRASIL, 2006b).

Na década dos anos 1990, as leis orgânicas da saúde, Lei nº8080/90 e nº8142/90, estruturam a operacionalização do SUS, reforçando os princípios de universalização, integralidade, equidade e participação social, bem como a sua organização por meio da descentralização, viabilizando a construção de responsabilidades por parte dos municípios, para a organização e gestão do sistema local de saúde, sendo que, entre essas leis, a primeira destaca-se por trazer direções para a organização e funcionamento dos serviços, e a segunda para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como para a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 2003a, 2006b, 2007a).

Cabe destacar que o direito à saúde não é reconhecido somente na Constituição Federal, mas também nos tratados e nas declarações de direito internacional. A Convenção de Viena é o tratado internacional que disciplina a questão da integração entre o ordenamento jurídico internacional e o ordenamento jurídico nacional, e o Brasil possui um sistema de proteção dos direitos humanos que integra o ordenamento jurídico nacional às proteções oferecidas pelas normas jurídicas de direito internacional (BRASIL, 2006i).

Tanto organismos brasileiros quanto internacionais têm reconhecido a necessidade dos gestores de saúde de conhecer o ordenamento jurídico nacional, de modo que esse entendimento dever refletir em ações objetivas, principalmente com a inclusão nos cursos de saúde e outros afins, de disciplina específica, ministrada por profissionais do direito, devidamente habilitados, ressaltando também que o direito à saúde, previsto expressamente na Constituição Brasileira, dependerá, além de adequadas políticas públicas, de um forte e atuante campo do Direito, capaz de protegê-la (ANVISA, 2000).

Assim, é desejável e promissora uma maior articulação entre as áreas da saúde e do direito, o que pode acontecer em várias dimensões, sempre favorecendo, diretamente ou em última instância, a efetivação dos direitos da população.

Para que o Estado possa cumprir seu dever constitucional de garantir a saúde da população é necessário oferecer ferramentas jurídicas capazes de instrumentalizar os gestores, bem como os profissionais e os sujeitos, a desenvolverem e buscarem ações seguras e de qualidade, em favor da redução dos riscos à saúde (BRASIL, 2006i).

Assim, a compreensão da relação entre direitos e saúde vem se desenvolvendo rapidamente nos últimos anos.

Nesse sentido, a pandemia do HIV-AIDS, as questões de saúde da mulher, tais como saúde reprodutiva e violência familiar, além de violações de diversas ordens que ocorreram em conflitos pelo mundo contribuíram para um despertar para as relações entre saúde e direitos (GRUSKIN, 1997).

Entretanto, são necessárias mais iniciativas para abordar saúde e direitos de forma explicitamente articulada, considerando que ambos os conceitos são ricos para trazer avanços nas questões do bem estar humano, com potencial para promover benefícios práticos e uma reorientação do entendimento sobre desafios sistêmicos da área da saúde (MANN et al., 1999). Entre as iniciativas que vêm sendo desenvolvidas nesse sentido estão aquelas que trazem a discussão acerca do conceito de advocacia em saúde.

Na área da saúde, o exercício da advocacia foi recomendado pela Associação Americana de Pediatria, em 1975 (DALLARI, s.d.) e as primeiras experiências de advocacia em saúde ocorreram quando um grupo de pediatras começou a reivindicar a garantia dos direitos das crianças, incluindo os profissionais de saúde como atores importantes em ações voltadas ao exercício dos direitos, atuando em favor de sua garantia (AAP, 1977 apud DALLARI et al., 1996a).

Assim, apreende-se que o uso do termo advocacia, na área da saúde, nasceu em um campo de atenção à clientela infantil, compreendendo a atuação dos profissionais de saúde com potencial papel de advogar em prol das crianças e da garantia de seus direitos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre as ações de advocacia, incluem-se as iniciativas de equipes técnicas para fornecer evidências às instituições e organizações acerca de um desafio importante para a saúde, assim como a distribuição informações entre vários canais para chegar ao público em geral, ou ações para aumentar a conscientização sobre um problema específico, ou ainda a emissão de esforços para iniciar e terminar com sucesso qualquer cuidado de saúde (WHO, 1999). A advocacia em saúde engloba ações de defesa de direitos e são aplicáveis especialmente a pessoas cujos direitos e necessidades são ignorados ou desrespeitados, em situações que envolvem pessoas com deficiência, homossexuais, idosos, pessoas sem abrigo, pessoas institucionalizadas e crianças (WHO, 2003).

O conceito de advocacia pode ser entendido também como um processo que visa mobilizar apoio para uma causa, buscando provocar mudanças favoráveis, por meio da formação de parcerias com indivíduos ou grupos que possuem objetivos em comum (WHO, 2008a).

Em relação aos alvos dos esforços de advocacia, esses podem ser classificados como partes interessadas primárias, secundárias e chave. As partes interessadas primárias são os beneficiários diretos, as partes interessadas secundárias são os possíveis parceiros e aliados, como as organizações governamentais e não governamentais, profissionais de saúde e do direito, e mídia, enquanto as partes interessadas-chave são pessoas responsáveis pelas decisões políticas, como os gestores de programas e outros agentes que podem influenciar o trabalho de defesa dos potenciais advogados (WHO, s.d.b).

Assim, os Ministérios da Saúde podem apoiar ações de advocacia junto à população em geral, através de eventos públicos e distribuição de materiais educativos, bem como os profissionais desse ministério, eventualmente pessoas responsáveis por decisões maiores, podem incorporar muitas atividades de defesa em seu trabalho diário, podendo atingir a população em geral através da mídia, encontros nacionais, seminários, congressos profissionais, entre outros vários eventos públicos (WHO, 2003). Nesse sentido, destaca-se o papel dos Ministérios da Saúde, que podem alcançar impactos importantes trabalhando por meio do apoio aos grupos de defesa, como usuários, famílias, trabalhadores da saúde e organizações não governamentais (WHO, 2003).

No Brasil, em 1996, foi publicado um artigo, cujo objetivo foi analisar e sistematizar as características do termo advocacia em saúde, o qual destacou que o exercício dele pressupõe a existência de um direito ainda não positivado ou a ineficácia de um direito legalmente reconhecido (DALLARI, s.d.). Nota-se aqui uma definição de advocacia em saúde que remete a uma atuação política, cidadã e emancipatória.

Em relação ao significado, prevendo a possibilidade de confusão entre advocacia em saúde e educação em saúde ou promoção da saúde, é importante buscar clarear tais definições. As tarefas não se confundem: o educador prepara para a cidadania e o advogado promove o exercício da cidadania. Em outras palavras, a educação em saúde é condição importante para que a advocacia em saúde se manifeste, mas não é necessariamente suficiente. Essa relação da advocacia em saúde com a educação em saúde torna possível ao cidadão se emancipar, à medida que reconhece seus problemas e pleiteia ou atua na solução deles, tornando-se seu próprio advogado (DALLARI et al., 1996b).

Já em relação à promoção da saúde, tendo em vista a evolução histórica desses conceitos, em 1991, em Sundsvall, na Suécia, houve um debate que tornou evidente os mecanismos de intervenção que podem ser utilizados na prática, sendo que a advocacia é citada como uma das sete estratégias para se passar da teoria sobre promoção da saúde para a prática, segundo o modelo Health Promotion Strategy Analysis Model (HELPSAM)

(BELLENZANI; MALFITANO; VALLI, 2005). Ressalta-se que a promoção da saúde é um dos principais pilares da Atenção Primária em Saúde (APS) e, partindo-se da perspectiva citada, a advocacia torna-se proposta importante para alcançá-la, devendo ser desenvolvida pelos profissionais atuantes nesse contexto.

Fernandez et al. (2008, on line) também discorrem sobre a promoção da saúde e enfatiza a “advocacia por elevar a saúde à condição de um imperativo ético”, valorizando a busca pelo desenvolvimento de ações cada vez mais próximas desses preceitos.

Um estudo cita a advocacia em saúde ligada ao gerenciamento de caso, uma metodologia utilizada pela gestão da atenção à saúde nos EUA, aplicada como uma tecnologia de gestão da clínica, sendo que a advocacia do paciente é a função essencial do gerente de caso, sendo a comunicação considerada seu principal instrumento de trabalho (GONZALES et al., 2003). Essa metodologia consiste na definição de uma equipe de saúde ou de um profissional que se responsabiliza pela atenção do paciente durante todo o processo clínico, coordenando a atenção à saúde por meio de todos os serviços e instituições que compõem um sistema de saúde (GONZALES et al., 2003).

O conceito de advocacia foi usado em um programa para preparar enfermeiros na Etiópia como especialistas em HIV/AIDS e foi definido como ação positiva que resulta em mudança, ressaltando como agentes desse processo pessoas em posição de influência e como forma de atuação fazer sua voz ser ouvida (INTERNATIONAL TRAINING AND EDUCATION CENTER ON HIV, I-TECH, s.d.). Como exemplos apresentam o encontro entre autoridades públicas e membros da sociedade civil, a educação da população através da mídia e de eventos, envolvimento com celebridades e autoridades, elaboração e divulgação de relatórios públicos, fornecimento de oportunidades de escuta, comemoração dos sobreviventes, geração de publicidade, aumento da consciência com entusiasmo e arte, uso da internet para educar, organizar, mobilizar e defender (INTERNATIONAL TRAINING AND EDUCATION CENTER ON HIV, I-TECH, s.d.).

De acordo com a referência acima, a defesa é uma parte fundamental na interação enfermeiro-paciente e os enfermeiros representam defesas fortes dos pacientes. Apreende-se que essa abordagem, assim como alguns estudos brasileiros, traz o conceito como uma postura mais cidadã e ativa na intervenção em saúde. Assim, o termo advocacia em saúde pode estar associado à consolidação de outros conceitos conhecidos nos propósitos atuais das práticas de saúde, como os da promoção da saúde, intersetorialidade, gestão da clínica, sistemas integrados de saúde, controle social, participação popular, entre outros.

Todos estes aspectos são importantes e podem ter relações estreitamente condizentes com a APS, especialmente com a ESF.

Na ESF, destaca-se a importante contribuição do enfermeiro na equipe de saúde da família. Com base na perspectiva citada acima, o enfermeiro da ESF, em seu papel de advogar pela saúde, pode ser a referência do paciente para outros serviços, e conforme necessário incluiria outros membros da equipe nesse seguimento e interlocução, tornando-se o facilitador central em uma rede de serviços, reduzindo a fragmentação da assistência, o que contribuiria para a viabilização da missão da ESF de reorganização do sistema a partir da APS.

Essa proposta torna-se especialmente relevante em nossa realidade, visto que, conforme Gonzales et al. (2003), o quase desconhecimento e a não utilização de tecnologias de gestão da clínica fazem com que os sistemas de referência e contra referência não possam funcionar, apesar de serem enunciados frequentemente.

Atrelado a essa discussão, outro elemento reconhecidamente valorizado nos atuais discursos na área da saúde são as parcerias, que são proferidas em suas diversas formas. Entretanto, o potencial das parcerias pode ser mais explorado na prática dos serviços de saúde. Nesse sentido, um dos fatores dificultadores pode ser o de “não se sentir responsável por advogar pelo paciente”, traduzido pela ausência de iniciativa de várias partes, levando a processos interativos e de comunicação insatisfatórios entre os profissionais de saúde.

Considera-se que a advocacia em saúde é um termo de significado amplo e complexo, requerendo sensibilidade para identificar uma demanda que o paciente tenha dificuldade de resolver por si só e reconhecer sua possibilidade de atuação a seu favor. Assim, a advocacia em saúde dificilmente pode manifestar-se senão na perspectiva de humanização do atendimento, uma vez que assumir a defesa por uma causa pressupõe a sensibilização por ela.

Quanto ao conceito de humanização, Campos (2003) destaca as relações entre conhecimento técnico e ético numa reflexão sobre as práticas clínicas intersubjetivas, enfatizando que estudos sobre o sentido das práticas em saúde deveriam se ocupar também dessas questões.

Desse modo, uma investigação que se propõe a compreender as experiências de enfermeiros e suas relações com o cuidado e o direito à saúde da criança, deve buscar considerar aspectos relacionados à intersubjetividade na assistência em saúde e às demandas e necessidades dos sujeitos, particularmente no contexto generalista e complexo da APS.

Nesse sentido, as ideias da APS, retomadas e ampliadas na década de 90, vêm ressaltar que os cuidados primários em saúde são os primeiros passos para concretização do direito à

saúde e estão ligados diretamente aos direitos humanos, de modo que a saúde é reafirmada como direito humano inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal (FRANÇA JÚNIOR; AYRES, 2003). Assim, advogar por esse direito torna-se tarefa do profissional atuante na APS.

No entanto, a advocacia em saúde não se ocupa do direito à saúde, propriamente dito, mas de sua garantia em contextos localizados, sendo assim seu objetivo não é único, e sim parcelado em objetivos, especificados circunstancialmente e caso a caso (DALLARI et al., 1996b).

O poder legislativo é um campo fértil, mas é na administração pública que se encontram os canais em que o advogar pela saúde pode, mais facilmente influenciar no que tange ao judiciário, destacando o Ministério Público, destinado a zelar pelos serviços de relevância pública, sendo que somente os serviços de saúde estão expressamente caracterizados como tal e esse órgão passa a ser importante parceiro para o advogar em saúde (DALLARI et al., 1996b). Além disso, há a Defensoria Pública, composta por advogados que possuem a atribuição de oferecer orientação jurídica e de advogar em favor de indivíduos que necessitam desses serviços (DALLARI, s.d.).

Torna-se relevante e apropriado o conhecimento desses instrumentos pelos profissionais de saúde. Aqui, consideramos que o atual contexto viabiliza avanços nessa direção, tendo em vista uma redefinição das práticas entre Estado e população. O Estado começa a internalizar elementos das reivindicações sociais, como os Conselhos de Saúde, atrelando-se, dentro de um formato institucional, ao Conselho Gestor e criando condições para a inserção dos usuários na vigilância, controle e acompanhamento da gestão (DALLARI et al., 1996a).

As legislações brasileiras atuais preconizam a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas, configurando um marco conceitual, legal e político que busca possibilitar uma postura mais ativa dos atores sociais envolvidos, bem como melhor articulação institucional e o desenvolvimento de ações capazes de trabalhar a realidade local, sem desconsiderar a proposta nacional (BRASIL, 2007b).

Entretanto, destaca-se a dificuldade de compreensão das leis em nosso país e a descrença em instrumentos jurídicos e políticos, evidenciando a importância dos profissionais de saúde como facilitadores nas reivindicações (DALLARI et al., 1996a).

Nesse sentido, Feuerweker (1994) buscou divulgar a advocacia em saúde e discutir o papel das equipes de saúde nessa tarefa, enfocando a sua relação com o processo de construção da cidadania e com a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais ideias são pertinentes às atuais propostas e políticas da APS. A portaria 648 de 2006, resultado da revisão de outras edições, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, especialmente no que tange à ESF, orienta que as ações realizadas nesse nível de atenção devem ser pautadas por preceitos como acesso, humanização, vínculo, longitudinalidade, coordenação da atenção, integralidade, responsabilização e participação social (BRASIL, 2006d).

A Portaria 399, de 2006, trata do Pacto pela Saúde, um dos principais eixos da política pública de saúde nacional atual, constituído de três componentes interdependentes, sendo esses o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006c). O Pacto pela Saúde estabelece seis prioridades, sendo essas a saúde dos idosos, o controle do câncer de colo uterino e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle de doenças emergentes e endemias (principalmente dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza), a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. Já o Pacto de Gestão reforça o processo de descentralização a partir da regionalização, definindo responsabilidades para cada esfera do governo. O Pacto em Defesa do SUS valoriza a retomada de um processo participativo em defesa da garantia dos princípios do SUS e da qualidade das ações prestadas aos usuários dentro desse sistema (BRASIL, 2006c).

Em relação a esse terceiro Pacto, em Defesa do SUS, Pereira et al. (2009, p. 775) discorrem que:

Ao olharmos para a chamada deste componente fica evidente que o planejamento, a mobilização social e mediar encontros entre trabalhadores e entre estes e população e entre estes e usuários serão componentes do trabalho, também da enfermagem. Conhecer legislação da saúde de âmbito nacional e local e obviamente específica da profissão é imprescindível para o perfil do trabalhador de enfermagem para fortalecer o projeto que defendemos.

Aqui, há que se ter em vista as dificuldades e limitações que são vivenciadas, revelando um cenário de alta complexidade sobre o qual, enquanto profissionais de saúde, intervimos (BELLENZANI; MALFITANO; VALLI, 2005).

Buscando identificar potencialidades, torna-se necessário reconhecer que, enquanto profissionais de saúde, temos mais autonomia e condições de enfrentamento quando comparado aos pacientes, muitas vezes leigos, com baixo nível de instrução e baixa

autoestima, fatores que dificultam seu poder de interlocução. Isso nos torna potenciais advogados em saúde, sem perder de vista que essa prática deve centrar-se na perspectiva de incentivar e possibilitar a autonomia e participação ativa das pessoas assistidas.

Nessa direção, Dallari et al. (1996b) abordam a advocacia em saúde como um processo que utiliza estratégias políticas, visando promover direitos não respeitados, procurando influenciar particulares e autoridades, sensibilizando-os para carências e necessidades diversas, frente a alguma forma de vulnerabilidade vivenciada pelo sujeito assistido.

Diante dessa perspectiva, o exercício da advocacia em saúde torna-se especialmente importante e necessário frente a situações de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional, pelos Direitos Universais do Homem, e designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente (ALVES, 1994 apud AYRES et al., 2003). Esse conceito ficou mais notado no campo da saúde como um termo chave frente à epidemia de HIV/AIDS (AYRES et al., 2003; BELLENZANI; MALFITANO; VALLI, 2005). Ressalta-se que, no tocante à atuação do profissional diante de alguma forma de vulnerabilidade, é importante a expressão de compromisso e a transformação do mesmo em ação (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Relacionando advocacia e situações de vulnerabilidade, destaca-se aqui o grupo etário infantil, tendo em vista que o bem estar da criança está diretamente ligado ao cuidado que ela recebe, sendo completamente dependente de outrem e impotente em sua própria proteção e defesa.

1.2 A saúde da criança e o direito à saúde

A criança é um ser humano em desenvolvimento, frágil para seu próprio cuidado, proteção e defesa, possuidora dos mesmos direitos humanos e do direito à saúde dos adultos, mas necessitada de condições para que esses possam ser garantidos, bem como de atores que cuidem e zelem pela sua qualidade de vida, advogando pela garantia de seus direitos sempre que se fizer necessário.

Em séculos passados houve um tempo em que não havia um tratamento diferenciado para a infância, sendo que, ao longo dos anos, a maneira como a sociedade foi reconhecendo a criança passou por diversas transformações e as concepções atuais são resultados dos

conhecimentos produzidos pelas ciências que estudam essa fase da vida, bem como das ações de movimentos sociais em prol dessa faixa etária (BRASIL, 2002b).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU) em 1948, expôs no seu artigo 25 que a maternidade e a infância possuem o direito de cuidados e assistência especiais, sendo que toda criança deve gozar da mesma proteção social, seja nascida dentro ou fora do matrimônio (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF, s.d.).

Também de acordo com o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotado na Assembléia Geral das Nações Unidas em 1966 e ratificado pelo Brasil em 1992, toda criança tem direito, sem discriminação socioeconômica ou de qualquer outra natureza, às medidas de proteção que a sua condição de vulnerabilidade requer, tanto por parte de sua família, quanto da sociedade e do Estado, sendo que os países que adotam esse documento devem promover estratégias específicas de proteção e atendimento direcionadas às crianças e adolescentes (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966 apud BRASIL, 2007b).

Especificamente em favor da infância, a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, adotada em uma assembléia das Nações Unidas em 1989, e ratificada pelo Brasil em 1990, é um importante instrumento de proteção dos direitos humanos das crianças, superando o entendimento das pessoas sobre essa faixa etária como objeto de intervenção da família, do Estado e da sociedade, reconhecendo-os como indivíduos que possuem direitos próprios, o que representou uma importante transformação de paradigma, definindo deveres do Estado, famílias e sociedade em relação a esse grupo populacional (BRASIL, 2002a, 2007b; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1989).

De acordo com essa convenção, os Estados que a adotam devem assegurar às crianças o direito a adequadas condições para o crescimento e desenvolvimento, além da garantia de que os pais conheçam os princípios básicos de saúde, recebendo apoio para o desenvolvimento do cuidado adequado, devendo, também, assegurar às crianças que apresentam condições o direito de expressarem o que sentem, vivem e pensam, sobre todos os assuntos que se relacionem a elas mesmas, e que essas manifestações devem ser consideradas avaliando-se sua maturidade e idade (BRASIL, 2002a; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1989).

Gomes, Caetano e Jorge (2008) enfatizam que esses instrumentos foram muito significativos para a infância, tendo em vista que reforçou a ideia de que a criança é um ser de direitos, devendo ser garantida a preservação de sua dignidade como pessoa humana.

A Convenção dos Direitos da Criança da ONU definiu o princípio da proteção integral, em que os Estados devem trabalhar pelo interesse maior da criança em todas as suas ações, protegendo-a contra qualquer forma de risco e promovendo a sua qualidade de vida, de modo que no Brasil essa concepção foi decisiva para substituir a Doutrina da Situação Irregular – referência do Código de Menores vigente no país de 1979 a 1990 – pela Doutrina da Proteção Integral – referência do Estatuto da Criança e do Adolescente –, em vigor desde 1990 (BRASIL, 2009a).

Assim, nesse contexto de instrumentos legais em favor da infância, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é uma das grandes conquistas da sociedade brasileira civil organizada na década de 90, preconizando o princípio da proteção integral da criança e do adolescente, definindo criança, para efeitos da lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL 2002a, 2008a).

O ECA foi uma conquista importante, resultado das ações articuladas de movimentos sociais, educadores, magistrados e tantos outros atores sociais que defenderam a ideia de uma sociedade responsável por condições mais dignas de vida para crianças e adolescentes (BRASIL, 2009a).

No entanto, remetendo à força do termo e da concepção de proteção integral, presente no ECA, destaca-se que colocar os propósitos desse instrumento em prática, no sentido da proteção integral dos direitos de cada criança, é um grande desafio que se coloca diante de pais, famílias, profissionais, gestores e grupos sociais.

O ECA estabelece que deve ser garantido à toda criança o acesso à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, com direito de assistência judiciária gratuita a todos que necessitarem, por meio de defensor público ou advogado nomeado, sendo as ações judiciais da competência da Justiça da Infância e da Juventude (BRASIL, 2008a).

Vale lembrar que a criança é quase sempre incapaz, por si só, de buscar esses instrumentos jurídicos, em situações de violação que por ventura vivencie. Assim, diante da vulnerabilidade infantil, considera-se como um preceito ético que todos os adultos se comprometam em agir, de alguma forma, em prol da proteção e defesa das crianças, especialmente daquelas em situação de violação de algum de seus direitos, ressaltando que alguns atores possuem mais condições para tal, como pais, familiares, profissionais da educação, da saúde e de outras áreas sociais, advogados e agentes jurídicos, bem como membros de organizações não governamentais e grupos sociais.

Nesse sentido, ressalta-se que o Ministério Público e as organizações legalmente constituídas de defesa dos interesses da criança possuem legitimidade para pleitearem junto à

Justiça da Infância e da Juventude os direitos não garantidos, como por exemplo, a ausência ou insuficiência de ações e serviços de saúde, de educação e de assistência social, entre outras (BRASIL, 2007b).

O ECA também aborda o Conselho Tutelar como um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, tendo como atribuições atender e aconselhar crianças, adolescentes, pais e responsáveis; requisitar serviços públicos nas áreas da saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; representar junto à autoridade judiciária em situações em que suas decisões não são cumpridas; encaminhar ao Ministério Público informações que constituam infração contra os direitos da criança ou adolescente; encaminhar casos à autoridade judiciária; providenciar medidas definidas pela autoridade judiciária; expedir notificações; requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário; assessorar o Poder Executivo local na elaboração de planos de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; e representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos da criança ou adolescente (BRASIL, 2008a).

Como instâncias de defesa, o Estatuto instituiu, ainda, o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente como um órgão público vinculado ao Poder Executivo, o qual tem o objetivo de deliberar e controlar a política de atendimento à criança e ao adolescente, nos três níveis do governo, sendo assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, sendo que municípios, estados e União devem assegurar por lei a criação do seu respectivo conselho, bem como garantir a estrutura física e o suporte administrativo indispensável ao seu adequado funcionamento (BRASIL, 2002a, 2008a).

Cabe mencionar também que, entre as estratégias enfatizadas nas conferências de saúde para garantir os direitos das crianças, tem sido sugerida a capacitação dos professores, pais e alunos como agentes multiplicadores, com viabilização de recursos para sua operacionalização, envolvendo também o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, buscando parcerias e o apoio de ONG, entidades religiosas e associações de moradores, criando fóruns permanentes para discussões e ações em favor da saúde da criança, com a participação de todos os órgãos e instituições envolvidas com esse grupo etário (BRASIL, 2003b).

Diante do quadro acima, evidencia-se que atualmente as crianças são reconhecidas como sujeitos de direito, os quais devem ser garantidos pelo Estado e pela sociedade, incluindo nesse contexto, entre outros atores, os profissionais de saúde.

Destaca-se que a infância, que já foi vista como um período de preparação para a vida adulta, passa a ser compreendida “como um tempo em si, tempo de brincar, jogar, sorrir, chorar, sonhar, desenhar, colorir...[...] um tempo em que a criança é e vive como um sujeito de direitos” (BRASIL, 2002b, p. 26).

Entre as prioridades que tem sido estabelecidas nas Conferências Estaduais de Saúde está a de assegurar o cumprimento dos artigos 7 e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo que o primeiro prevê que a criança e o adolescente têm os direitos à vida, à proteção e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento saudável, em ambiente de equilíbrio e paz, com condições dignas de existência, enquanto o segundo assegura o atendimento à saúde a esse grupo etário, no âmbito do SUS, garantido o acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003b).

Essas prioridades são coerentes com os preceitos estabelecidos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, com prioridade do segmento infanto-juvenil nas políticas públicas brasileiras, pressupondo a destinação de recursos necessários, uma vez que, no setor saúde, esses princípios envolvem a priorização e obrigatoriedade de ações e serviços voltados às necessidades específicas dessa clientela, considerando o momento e a realidade local (BRASIL, 2007b).

Nesse sentido, o princípio constitucional da prioridade às crianças, estabelece direitos e obrigações jurídicas diversas, de modo que, por exemplo, ao direito à saúde que possui a criança corresponde o dever do Estado, na pessoa do representante municipal, de manter a qualidade nas unidades e equipes da ESF, enquanto corresponde o dever da família de cadastrar e acompanhar a criança nesse serviço (BRASIL, 2002a; MOROSINI; REIS, 2007).

Cabe repensar que, embora existam instrumentos legais para que os direitos sejam assegurados, uma vez que na Constituição brasileira há artigos que incluem formas de defesa que o cidadão pode lançar mão nos casos em que os direitos são violados (DALLARI et al., 1996b), são pouco conhecidos tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde, levando a um contexto em que, mesmo que exista uma legislação adequada, essa não se aplica na prática dos cidadãos aos quais ela é destinada.

Nesse sentido, chama a atenção que o movimento que permitiu, no Brasil, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado criou diversos mecanismos constitucionais que viabilizam e estimulam o exercício da advocacia em saúde, destacando também, entre esses, o funcionamento regular do poder legislativo, que deveria ser o representante legítimo da população em um país democrático, favorecendo e fortalecendo o

exercício da advocacia, tendo em vista desde a Câmara dos Vereadores até os parlamentares nacionais (BRASIL, 2003d).

Estudos visando compreender e divulgar o exercício da advocacia em saúde fazem parte das iniciativas que buscam contribuir para o alcance desse desafio. Não basta que o direito à saúde esteja expresso em documentos, mas é necessário torná-lo garantido de fato. Para tal, é necessário tomar para si a iniciativa de direcionar esforços, sendo esse o advogado. Partindo dessa premissa, considera-se que qualquer indivíduo é um potencial advogado. Assim, advogar ativamente em instâncias variadas, além do âmbito clínico, é defendido por Blank (2005, on line) “como papel do profissional que atua no campo da pediatria”.

Na atuação do profissional no campo da pediatria é preciso haver o reconhecimento da criança, família e comunidade como um contínuo e o papel do profissional como ‘conselheiro e advogado’, enfatizando o ‘advogar pela causa’ como uma arte e uma ciência (BLANK, 2005, on line).

Nessa perspectiva, podemos perceber o entendimento de que o papel do profissional enquanto agente político, de cidadania, não compromete sua ação técnica. Nesse sentido, consideramos como especialmente potencial a atuação do enfermeiro, profissional que desempenha importantes papéis no cuidado em saúde, na educação em saúde, na contribuição para políticas públicas pertinentes, na interlocução entre vários atores sociais, tendo um contato particularmente próximo dos usuários, famílias, profissionais, gestores, conselheiros municipais e locais, lideranças comunitárias, além de coordenadores de outros serviços e setores, especialmente quando atuante na APS.

A APS é uma diretriz e elemento chave para a reforma dos sistemas de saúde tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, está inserida em uma proposta ampla de justiça social e de direitos humanos, devendo ser constituída por um conjunto de princípios, como orientação para a comunidade, coordenação intersetorial, integração e abrangência do cuidado, confiança e interdisciplinaridade, entre outros (OPAS, 2004).

A Saúde da Família (SF), criada pelo Ministério da Saúde em 1994, busca a reorientação da atenção básica no Brasil, baseada na garantia dos princípios de corresponsabilização, descentralização, equidade, intersetorialidade, territorialização e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2008b). Assim, a ESF é considerada como uma estratégia para a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no País (BRASIL, 2011a).

Entretanto, ressalta-se que o funcionamento das equipes de SF não significa que os seus propósitos estejam sendo cumpridos. Entre os desafios estão o desprestígio da atenção

básica, a limitação quantitativa dos recursos humanos, o perfil inadequado dos profissionais, o sistema de educação permanente fragmentado e insatisfatório, a remuneração precária dos trabalhadores, a escassez e rotatividade de médicos, a infraestrutura inadequada, a ausência de protocolos de atenção à saúde, a fragilidade gerencial das unidades e a dificuldade de acesso da população (LELES; MATOS; MAYER, 2009).

Considerando os espaços de atuação do enfermeiro, ressalta-se que os anos 90 trouxeram para o setor saúde a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), no entanto, em sua fase de consolidação, passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008b). Os enfermeiros têm uma intensa atuação na ESF no Brasil. Também de acordo com os princípios que norteiam a ampliação e reorganização das práticas com a ESF, os profissionais de saúde podem ser considerados agentes para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009).

Essa visão de propósitos abrangentes é coerente, no âmbito internacional, com as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, estabelecidas na Reunião de Cúpula em 2000, a serem alcançadas até 2015. As metas são: reduzir pela metade a pobreza e a fome; atingir a educação primária universal; oferecer autonomia às mulheres e promover a igualdade entre homens e mulheres; reduzir a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos em dois terços; reduzir a mortalidade materna em três quartos; diminuir a disseminação de doenças infecciosas como malária e HIV/AIDS, assegurar a sustentabilidade ambiental; criar uma parceria global de desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 2002).

Essa concepção está atrelada ao movimento de renovação das práticas na APS, essencial para que os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio possam ser alcançados, abordando os aspectos fundamentais da saúde, inclusive aqueles associados a determinantes sociais, consolidando a saúde como um direito humano. Essa renovação exigirá um resgate do legado de Alma Ata e o aproveitamento das aprendizagens de mais de vinte e cinco anos de experiência, numa concepção de que uma reinterpretação das práticas desenvolvidas na APS é necessária para enfrentar os desafios do século (OPAS, 2005).

Em relação à meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que prevê a redução da taxa de mortalidade infantil pela metade no período de 2000 a 2015, o Brasil tem como alvo que esse valor seja menor que 18 por mil nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2008d). Nessa direção, a taxa de mortalidade infantil em nosso país caiu quase que pela metade entre os anos de 1990 e 2006, passando respectivamente de 46,90 para 24,90 por mil nascidos

vivos, enquanto a queda foi ainda maior entre as crianças menores de cinco anos, reduzindo de 57 para 20 por mil nascidos vivos no mesmo período (UNICEF, 2008).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tem como princípios ações intersetoriais, acesso universal, responsabilização, assistência integral e resolutiva, equidade, atuação em equipe, participação da família e controle social na gestão local (BRASIL, 2004a). Aqui também a atuação política cidadã pode fazer parte da esfera técnica direcionada à saúde da criança, favorecendo as possibilidades de se advogar na defesa dessa causa.

Já em 2010, foi lançada, na representação da OPAS/OMS do Brasil, a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS), com a presença dos ministros da Saúde e dos Direitos Humanos, dos representantes da OPAS/OMS e da UNICEF no Brasil (OPAS, s.d.). A base dessa estratégia tem como um dos principais elementos a promoção da saúde, enfatizando questões fundamentais como a segurança humana, que deve ser interpretada não somente como a segurança nos espaços sociais, mas também na perspectiva dos direitos, que devem ser cumpridos e respeitados.

A advocacia em saúde pode ser desempenhada pelos profissionais de saúde na defesa de diversos aspectos, destacando-se o enfermeiro como um profissional-chave e responsável pelas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas unidades de saúde, entre outras.

No sentido de práticas com valores mais flexíveis, inovadores e humanos, os enfermeiros são considerados profissionais diferenciais, devido aos seus conhecimentos clínicos, habilidades holísticas e forte advocacia em favor do cliente, reconhecendo também a atuação de outros profissionais e pessoas ligadas à área da saúde (GONZALES et al., 2003).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, para o aprimoramento do comportamento ético do profissional, são necessários o compromisso social e profissional e a construção de uma consciência individual e coletiva, devendo ser considerada a necessidade e o direito da população à assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, 2007). Os artigos 17, 18 e 23 do código citado acima, referentes às responsabilidades e deveres, apontam que a assistência de enfermagem deve proporcionar informações adequadas às pessoas, respeitando, reconhecendo e realizando ações que busquem a garantia do direito do indivíduo de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar. Cabe ressaltar que o profissional de enfermagem deve exercer suas atividades com competência e de acordo com os princípios éticos, visando à promoção do ser humano na sua integralidade, sendo essencial que os profissionais de

enfermagem conheçam e encaminhem as pessoas aos serviços de defesa do cidadão (COFEN, 2007).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - ICN, 2006), através do Código de Ética para Enfermeiros, pontua que os enfermeiros têm quatro responsabilidades essenciais e universais, sendo essas a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a restauração da saúde e o alívio do sofrimento.

Além disso, a enfermagem tem o dever de respeitar os direitos humanos, incluído os direitos culturais, os direitos à vida, à escolha, à dignidade e o direito do indivíduo ser tratado com respeito. Assim, durante a prestação de cuidados o enfermeiro deve criar um ambiente em que os direitos humanos, os valores, os costumes e as crenças espirituais de cada indivíduo, família e comunidade sejam respeitados, e assegurar que haja compatibilidade entre a utilização de tecnologia e dos avanços científicos com a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas (ICN, 2006).

O enfermeiro deve disponibilizar e garantir que o indivíduo receba informações suficientes e esclarecedoras sobre a sua saúde, para que esteja conscientizado acerca do cuidado e do tratamento a ele dispensado, bem como esse profissional tem a responsabilidade de iniciar e apoiar ações para atender as reais necessidades sociais e de saúde da comunidade, especialmente das populações mais vulneráveis (ICN, 2006).

Assim, cabe ao enfermeiro adotar medidas cabíveis para salvaguardar os indivíduos, famílias e comunidades quando a saúde está de alguma forma ameaçada. Por meio da organização profissional, o enfermeiro deve participar ativamente na criação e manutenção da segurança, desenvolvimento social e econômico das condições de trabalho em enfermagem, devendo também manter uma relação de cooperação com colegas de trabalho em enfermagem e com profissionais atuantes em outras áreas (ICN, 2006).

Esses são preceitos éticos importantes na atuação da proteção e defesa da saúde dos indivíduos assistidos e, assim, no exercício da advocacia.

Nos cuidados da saúde da criança é importante que os profissionais busquem articular diretrizes políticas e práticas de saúde, procurando ampliá-las por meio de tecnologias que possibilitem a reorganização das práticas de saúde da criança e da família, sendo preciso repensar as intervenções profissionais, levando em conta a importância de sua atuação transformadora, em busca de uma atenção à saúde qualificada e humanizada.

Ayres (2002) enfatiza que para o século XXI, projeta-se uma série de desafios na área da saúde, levando a reflexões em diversos campos de saberes e práticas. Atualmente, no campo internacional, destacam-se as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, propostas

pelas Nações Unidas. As metas para o milênio pressupõem uma atuação mais complexa, não podendo ser cumpridas ou alcançadas a partir de uma prática pautada apenas em conhecimentos e ações técnicas, ganhando importância a atitude de estar presente diante do outro, o que não se resume à aplicação de conhecimentos, uma vez que a ação em saúde não deve estar restrita ao saber técnico, o qual deve vir associado às relações entre os sujeitos no processo de cuidar.

Numa perspectiva emancipatória, de acordo com Ayres (2005), e considerando o foco do cuidado da saúde da criança no contexto da família, uma das grandes responsabilidades do profissional de saúde é proporcionar a construção conjunta de um cuidado que vise à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

Na presente investigação, ao eleger a temática da defesa da saúde da criança no âmbito da enfermagem na estratégia saúde da família torna-se importante compreender os obstáculos no processo saúde-doença e cuidado, tematizando valores que não são permanentes e nem construídos *a priori*. Na saúde infantil, não lidamos com um crescimento e desenvolvimento linear, há obstáculos, valores e percepções, situações e experiências de cuidar da criança que se expressam de várias maneiras e estão atreladas às particularidades do contexto da família e da comunidade.

Neste estudo, o entendimento é de que o cuidado à saúde da criança não é simplesmente um modo de fazer, não é tomado como um saber *a priori*, mas envolve decisões sobre quais coisas podem e devem ou não ser feitas, remetendo a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para o cuidado. Parte-se do pressuposto que, a despeito do desenvolvimento de estratégias governamentais e preceitos profissionais, as práticas de saúde nas unidades de saúde da família enfrentam dificuldades para a defesa da saúde de crianças menores de cinco anos de idade. Existem lacunas assistenciais para respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos na proteção da saúde da criança, em busca da integralidade e longitudinalidade do cuidado no contexto da atenção primária em saúde.

Assim, o interesse central neste estudo é a defesa da saúde da criança, procurando compreender as singularidades do cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde da criança, por meio das experiências narradas por enfermeiros, analisando fortalezas e fragilidades que definem potencialidades e limites de suas práticas e saberes na estratégia saúde da família em uma realidade contextualizada.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

O presente estudo tem por objetivo geral compreender as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde, buscando novos subsídios para a constituição de práticas e saberes no contexto da atenção primária em saúde da criança.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar narrativas de enfermeiros que mostram momentos de defesa da saúde da criança na prática assistencial em unidades de saúde da família do município de Passos-MG;

- Compreender as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família do município de Passos-MG, apreendendo fortalezas e fragilidades à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde da criança na atenção primária em saúde.

3 BASES CONCEITUAIS

Nas dimensões da pesquisa, do ensino e da prática, a enfermagem vem tomando como objeto de estudo o processo saúde-doença e o cuidado, permeados de complexidade e situados em um campo amplo.

Para apreender os aspectos e fenômenos sociais de forma diversificada, os pesquisadores em enfermagem vêm desenvolvendo e explorando diferentes métodos e técnicas de investigação, apoiados em diferentes referenciais. A temática geral deste estudo implica repensar bases conceituais e saberes práticos para inovar as práticas de saúde, trazendo compreensões do cuidado em saúde em suas dimensões práticas, epistemológicas e filosóficas. Esta investigação apoia-se nos estudos sobre o cuidado e a reconstrução das práticas de saúde de Ayres (2001, 2004b, 2005, 2006) para explorar dimensões relevantes da prática de enfermagem em favor da infância, com destaque para a advocacia em saúde, em uma realidade contextualizada.

Assistimos em tempos recentes à emergência de uma série de novos discursos, estratégias e diretrizes no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, a vigilância da saúde, a saúde da família, a redução de vulnerabilidade, entre outros. Eles revelam uma vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e trazem ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias (AYRES, 2004a). Contudo, uma efetiva consolidação dessas propostas e seu mais consequente desenvolvimento parecem depender de transformações bastante radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Para Ayres (2004a) há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que aos avanços conceituais possam corresponder transformações práticas mais expressivas.

Como profissionais de saúde temos ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde (AYRES, 2001). Para conceber integralmente o cuidado torna-se necessário uma nova percepção do sujeito. De acordo com esse autor, o sujeito deve ser concebido em três aspectos: o relacional, o existencial e o pragmático. O aspecto relacional compreende perceber o sujeito como em constante interação com o outro, portanto não individual e sim intersubjetivo, que constrói identidades em cada experiência de encontro com o outro. O aspecto existencial reporta-se ao sujeito como um ser que pensa e deseja, o que o leva a conceber e a construir seu mundo, passando a agir movido por esse raciocínio. O aspecto

pragmático refere-se ao encontro do sujeito e de seu mundo baseado não apenas no êxito prático, ou seja, na tarefa técnica realizada, mas também a um sucesso existencial, considerado um sucesso prático, que envolve os interesses tanto do profissional de saúde quanto do usuário dos serviços de saúde. O enfoque abordado pelo autor está centrado no cuidar, não enfatiza somente o tratar, curar ou controlar, mas sim um cuidar mais abrangente, que envolve dimensões que não estão restritas à técnica.

Entretanto, em geral, o cuidado em saúde é caracterizado por “um conjunto de procedimentos técnicos para o êxito de um tratamento”, podendo ter sentido de um “elenco de recursos e medidas terapêuticas ou de procedimentos auxiliares para efetivar a aplicação de uma terapêutica” (AYRES, 2004a, p.74). Para o autor, esses aspectos configuram uma definição do senso comum sobre cuidado em saúde.

Mas Ayres (2006, p.55) propõe abordar o cuidado de forma mais complexa, como “um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama”. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde é visto como interação entre sujeitos, implicando a percepção e a construção da intersubjetividade.

Assim, o cuidado, tratado como categoria reconstrutiva, envolve voltar-se à presença do outro, otimizar a interação, procurando ter presença ativa, interações intersubjetivas ricas e dinâmicas, redes de conversação, acolhimento, responsabilização, expansão de horizontes, possibilitando reconstruir as práticas de saúde para que possamos chamá-las de Cuidado (AYRES, 2004a, 2004b).

Nesse sentido, a otimização das interações (AYRES, 2005) tem o potencial de ocorrer num espaço privilegiado de cuidado nos serviços de saúde. As redes de conversação são entendidas como complexas e dinamicamente interligadas, por sua dimensão comunicacional, sendo que quanto mais tais redes forem percebidas e trabalhadas, tanto mais as vozes e demandas dos sujeitos se farão ouvir. De acordo com Ayres (2001), isso se torna importante para alcançar a construção de projetos sustentados ao longo do tempo ao cuidar da saúde de alguém, concebendo o cuidado como mais do que intervir sobre um objeto.

Assim, a partir de uma perspectiva hermenêutica, o cuidado permite a compreensão do sentido da existência como humanos em interação, revelando o mundo em que se vive, se antecipa, se escolhe e se negocia, possibilitando a compreensão e a reconstrução contínua e simultânea de projetos humanos (AYRES, 2004a, 2006).

O cuidado, tendo em vista a preocupação em superar uma visão tecnicista e de estrita aplicação instrumental, é voltado para a busca de uma atenção à saúde de base dialógica, isto

é, apoiada nos saberes e valores dos diferentes sujeitos envolvidos, sensível aos significados práticos de suas finalidades e métodos, configurando os sentidos éticos, morais, políticos e afetivos das demandas e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2009).

O modo de entender e projetar o cuidado em saúde, expresso nas ideias descritas acima, estão em conformidade e contribuem para sustentar um cuidado que tenha espaço para o exercício de uma advocacia em prol do sujeito cuidado, com uma prática mais proativa e política, que acaba por se estender, muitas vezes, a uma defesa da família e da comunidade.

A explorar as relações entre saúde pública e direitos humanos é uma tarefa importante para a pesquisa e as intervenções em saúde, porque pode enriquecer a compreensão de nossas práticas e teorias (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009).

Os direitos humanos englobam saberes e ações que buscam integrar a tradição dos direitos subjetivos com os mais recentes direitos sociais. Os direitos subjetivos dizem respeito à liberdade de ação do indivíduo, são aqueles que estabelecem limites específicos, aos quais um sujeito está justificado a empregar livremente a sua vontade, definindo liberdades de ação iguais para todos os indivíduos ou pessoas jurídicas, tidas como portadoras de direitos (HABERMAS, 1997). Também são denominados direitos negativos, pois protegem indivíduos de outros indivíduos, empresas ou o Estado de sofrerem interferências ilícitas em sua liberdade, sua vida ou sua propriedade, criando um contexto de autonomia privada e protegendo a livre iniciativa de indivíduos singulares (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009).

Os direitos sociais possuem história mais recente e estão ligados às lutas políticas, democráticas e populares, sendo um marco importante a Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 da Organização das Nações Unidas. Os direitos sociais são considerados direitos fundamentais, referem-se à garantia das condições para o pleno exercício público dos indivíduos, para que possam participar, ativa e livremente, como cidadãos de uma comunidade, incluindo o direito à educação, à saúde e ao trabalho. São também chamados de direitos positivos e pressupõem iniciativas concretas do Estado para a sua garantia (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009).

A perspectiva dos direitos humanos, além de trazer um acúmulo de conhecimentos e práticas humanísticas para a área da saúde, pode dar visibilidade às questões de vulnerabilidades de pessoas ou populações a agravos à saúde e/ou violações de direitos. As relações entre saúde pública e direitos humanos são elencadas em três grupos básicos: efeitos recíprocos, responsabilidade do Estado e condições de derogabilidade de direitos. Nas relações recíprocas entre esses dois campos de conhecimento cabe destacar que elas se referem aos impactos das violações/promoções dos direitos humanos na saúde pública e

também, inversamente, ao impacto das ações de saúde pública sobre a violação/promoção dos direitos humanos. Em relação à responsabilidade diante de promoção ou violação dos direitos humanos, cabe ao Estado, uma vez um país tendo assinado e ratificado uma convenção internacional de direitos humanos, como o fez o Brasil em todas, respeitar, proteger e efetivar tais direitos de seus cidadãos. Nas situações que envolvem derogabilidade, cabe indagar qual o direito que está para ser suspenso, analisando que alguns direitos são absolutos e, portanto, inderrogáveis, entre eles os direitos: à vida, a não ser discriminado, a não ser torturado ou receber tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante, a não ser escravizado ou submetido à servidão involuntária, a não ser preso por não cumprir obrigações contratuais, à não-retroatividade de ofensas criminais, a ser reconhecido como pessoa perante a lei, e à liberdade de pensamento, consciência e religião. Todos os outros direitos humanos são derogáveis (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009).

Essas relações precisam ser efetivas para se garantir que o “bom cuidado em saúde é acima de tudo um direito humano e a certeza de que perceber e construir radicalmente nossa comunidade humana de destinos é uma tarefa possível e necessária na saúde tanto quanto no direito” (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2009, p.68).

Nesse estudo, entendemos que a advocacia por parte do profissional de saúde se dá quando esse se percebe atuando no cuidar, representado por uma compreensão mais complexa e intersubjetiva, conforme mencionado acima. Assim, nesse entendimento, a habilidade, a iniciativa e a ação de defesa implicam no ato de estabelecimento das interações intersubjetivas na efetivação do cuidado em saúde. O espaço das interações é aquele no qual nós, profissionais de saúde, estamos mais imediatamente colocados frente ao outro na relação terapêutica. Assim, dependendo do modo como organizamos este espaço de prática, terá maiores ou menores chances de que a presença do outro, e também a nossa, seja mais efetiva e criativa, por meio do fluir de uma sabedoria prática entre o mais amplo espectro de saberes e da tecnociência disponíveis.

Segundo o Ayres (2004a, p. 78) o cuidado na perspectiva existencial busca um sentido de “responsabilidade como o tomar-se para si”. Considera-se aqui que uma atuação mais ampla e profunda, onde caiba um posicionamento ativo de defesa pelo profissional de saúde no encontro com o sujeito assistido, há que se entender o cuidado como uma via de mão dupla entre quem presta o atendimento e quem o recebe, com co-responsabilização, sem a qual não se torna possível agir em defesa de outrem.

Sobre as redes de conversação mencionadas pelo autor, entendemos aqui que a comunicação interdisciplinar e intersetorial se configuram como elementos preponderantes na

advocacia em saúde, uma vez que diversos atores sociais, instituições e setores podem ser necessários para fazer valer o direito que está, então, em defesa.

Nesse sentido, considera-se que a advocacia, na perspectiva da defesa do outro, não se permitirá ser construída, mesmo que haja vontade do potencial advogado, se não houver a percepção e a habilidade de uma prática de processos comunicativos.

Quanto ao destaque direcionado pela hermenêutica às inter-relações éticas, morais, políticas, culturais e sociais que se projetam no encontro com o outro, conforme citado acima por Ayres (2001) e Gadamer (2002), no cuidado à saúde da criança é importante considerar esses aspectos no universo de sua família, das instituições as quais estão vinculadas e da comunidade na qual está inserida. No contexto dessa rede, deve-se desenvolver a conversa e a interação entre famílias e profissionais de saúde, buscando trabalhar com a complexidade do cuidado da criança, particularmente na atenção primária em saúde, possibilitando aproximações e reaproximações para que as estratégias adotadas permitam que se teça a defesa, numa perspectiva de cuidado mais complexa, que não negligencie a competência e a resolubilidade técnica, mas que transcenda essa dimensão e alcance outras.

Na saúde, temos a preocupação com o controle da doença, de sintomas, da patogenia, com um enfoque em que prevalece a normatividade do sucesso das práticas de saúde. Para a compreensão do cuidado em saúde na perspectiva prática, dois conceitos extremamente importantes vêm ganhando vitalidade: êxito técnico e sucesso prático (AYRES, 2007, 2008). Êxito técnico diz respeito ao sentido instrumental da ação, pressupõe o alcance de determinados fins segundo certos meios. O êxito técnico expressa as relações entre meios e fins para o controle dos agravos à saúde de indivíduos ou populações e está circunscrito na lógica empírico-analítica das ciências da vida e da saúde (AYRES, 2008). Sucesso prático volta-se para o valor que a ação de saúde tem para sujeitos e populações, engloba um conjunto de implicações simbólicas, relacionais e materiais das intervenções e recomendações de saúde na vida cotidiana dos sujeitos. É um conceito que expressa o que os meios e fins das ações de saúde têm face aos valores e interesses que sujeitos e populações conferem ao adoecimento e à atenção à saúde (AYRES, 2008). Esses conceitos têm origem na hermenêutica filosófica, no âmbito da filosofia prática, sendo discutidos para procurar respostas para repensar as práticas de saúde contemporâneas.

A abordagem da hermenêutica filosófica está relacionada a uma forma de construir e compreender o presente-passado-futuro, tendo por base processos interpretativo-compreensivos, favorecendo um entendimento sobre algo e a apropriação de uma situação ou de aspectos dela, que antes não estava clara e que por alguma razão tornou-se problemática,

ou seja, que merece ser repensada (GADAMER, 2007). A hermenêutica filosófica emerge quando surge uma questão e sua aplicação se concretiza em uma pergunta, aquilo que mobiliza, que desacomoda e requer ser tematizado, em um movimento que expressa uma dialética entre pergunta e resposta de modo ampliado (GADAMER, 2007).

A partir desse prisma, valoriza-se a busca por conhecer os valores e interesses dos sujeitos e conversar sobre eles, como elementos da construção de um olhar prático, um modo de lidar com a sabedoria prática em suas singularidades e particularidades.

A sabedoria prática não é considerada um saber universal, é contingente, lida com a eventualidade, com a incerteza, com o que pode suceder ou não, com aspectos e acontecimentos vinculados às experiências, envolve o correr da vida, o modo de estar no mundo, as tomadas de decisão, escolhas, planos, sentidos, enfim um conjunto amplo de aspectos para a vida e as relações no mundo e com o mundo, implicando inter-relações com questões éticas, morais, políticas, culturais e sociais (AYRES, 2001; GADAMER, 2002).

Desse modo, construir uma outra perspectiva para o cuidado implica, também, assumir o cuidado integral como uma interface de diálogo entre profissionais de saúde, o sujeito cuidado e sua família, no qual exista uma valorização da intersubjetividade, com estabelecimento de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos nas situações de saúde (AYRES, 2001).

Trata-se de trazer novas vozes ao campo da saúde, seja de outras áreas pouco ouvidas aí, como a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares e os saberes práticos. Esse trânsito entre os conceitos e entre eles e as linguagens não conceituais – as palavras altamente significativas de nossa linguagem cotidiana – é que, segundo a hermenêutica, faz a razão humana manifestar-se mais plenamente na sua condição emancipadora. A vocação mais própria da hermenêutica é alertar para a necessidade e as possibilidades desse trânsito (AYRES, 2005).

Diante desses aspectos, considera-se a perspectiva hermenêutica adequada para guiar este estudo, que se propõe a apreender dimensões da prática de enfermagem em favor da infância, com destaque para o cuidado e a defesa do direito à saúde em uma realidade contextualizada.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa configura-se na perspectiva de um estudo hermenêutico (AYRES, 2005, 2006). O estudo hermenêutico tem por base uma análise compreensiva-interpretativa-aplicada. Nesta tarefa de compreender e interpretar, o processo de pesquisar segue um caminho encontrado pelo pesquisador para realizar uma construção discursiva específica.

Ayres (2006, p. 25) destaca que é importante:

propiciar uma maior auto-compreensão do sentido de nossas construções conceituais e expandir nossos horizontes de temas e meios de produção do conhecimento, especialmente no que se refere ao incremento de nossa sabedoria.

Este tipo de estudo procura explicitar uma situação problematizada, levando a uma expressão discursiva e favorecendo um entendimento sobre algo, a apropriação de uma situação ou de aspectos dela, que antes não estava clara e que por alguma razão tornou-se problemática, ou seja, que merece ser tematizada.

No enfoque hermenêutico da saúde há uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde, onde o diálogo desponta-se como central, pois é nele e por meio dele que a fusão de horizontes (GADAMER, 2007) acontece. É de fundamental importância que:

profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações (AYRES, 2007, p.58).

A abordagem hermenêutica move-se entre dois termos: a compreensão e o significado, tendo como unidade temporal o encontro entre o passado e o futuro, com o presente mediado pela linguagem. Essa compreensão não é unilateral. Ela ocorre em um processo dialógico entre os sujeitos envolvidos na cena em questão e deve significar um entendimento entre esses, em que um se põe em entendimento com o outro. A hermenêutica emerge quando surge uma questão e sua aplicação se concretiza em uma pergunta (GADAMER, 2002).

No campo da saúde muitos aspectos relacionados às práticas de saúde podem ser estudados na abordagem hermenêutica, por ser um campo com constantes tarefas de

interpretação e síntese de saberes, proporcionando condições de reconhecer diferentes interesses e oposições que estão presentes em uma determinada interação, criando novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução (AYRES, 2007).

Na área da saúde, a dupla tarefa hermenêutica é compreender os discursos técnico-científicos hoje operantes na saúde e construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de tecnologias (AYRES, 2005).

O desafio aqui é o de compreender as dimensões da prática de enfermagem em favor da infância, destacando os significados para enfermeiros sobre o cuidado da saúde da criança e suas interfaces com a família, os serviços de saúde e outros setores sociais no contexto da atenção primária em saúde. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, a qual requer o entendimento de aspectos de várias dimensões e com questões multifacetadas.

As pesquisas qualitativas têm o objetivo de expandir a compreensão e seus objetos de estudo consistem no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os processos da vida (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Essa abordagem revigora a intersubjetividade, proporcionando, assim, uma aproximação entre o sujeito pesquisador e o entrevistado.

Neste estudo, as entrevistas com enfermeiros procuraram compreender e analisar as experiências no campo da atenção primária à saúde da criança, explorando as práticas de saúde em unidades de saúde da família e as interfaces com a defesa em saúde na enfermagem em saúde da criança.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa de campo tem o objetivo de obter informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se busca resposta, ou de uma hipótese que se quer comprovar ou, ainda, de descobrir novos fenômenos ou a relação entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Neste estudo, a pesquisa de campo foi realizada no município de Passos-MG. O município de Passos possui uma população de 102.765 habitantes (IBGE, 2008). Em Passos, a gestão municipal da saúde é Plena da Atenção Básica Ampliada e o município possui um Conselho Municipal de Saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em 1997 e, atualmente, o município conta com 17 equipes de saúde da família na atenção primária à saúde, em 17 unidades de

saúde, cobrindo cerca de 73% da população local, sendo atendida apenas a área urbana. Cada equipe da ESF tem a responsabilidade por cerca de 1.200 famílias. Em Passos, o número de crianças menores de 5 anos é de 10.285, sendo essa a estimativa do momento da coleta dos dados deste estudo (IBGE, 2008).

Cada equipe de saúde da família possui um enfermeiro, totalizando 17 que atuam na atenção à saúde da família e, assim, concomitantemente à saúde da criança. O local de estudo forneceu condições para a realização da pesquisa, pertinentes para o foco deste estudo.

4.3 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi baseada em entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), gravadas, com enfermeiros atuantes nas equipes de saúde da família há pelo menos um ano.

O planejamento das entrevistas foi relativamente aberto, com o entendimento de que o entrevistado possui uma reserva complexa de conhecimentos sobre o tópico em estudo, incluindo aspectos explícitos que os sujeitos podem expressar ao responder perguntas, assim como aspectos implícitos (FLICK, 2004).

Neste estudo, a entrevista configurou-se como uma narrativa livre em que não há imposição de uma ordem rígida de questões investigadas, sendo que os entrevistados discorreram sobre o tema proposto e, a medida da oferta de estímulos e de aceitação mútua, a conversa fluiu.

Durante a entrevista, o entrevistado pode ir apresentando espontaneamente seu pensamento e experiências, dentro do eixo principal colocado em tópicos pelo pesquisador, garantindo que as questões pertinentes ao objeto de estudo sejam recobertas (TRIVIÑOS, 1994). A entrevista de modo livre também traz flexibilidade, profundidade e interação entre entrevistado e entrevistador, podendo proporcionar encontros ricos e esclarecedores (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 2007).

A pesquisa de narrativa é uma estratégia metodológica possível de ser utilizada na pesquisa qualitativa com o intuito de extrair, analisar e compreender as rotinas, metáforas e experiências cotidianas, que podem ser captadas e exploradas com a co-participação dos envolvidos, em um processo circular de escutar, refletir e interpretar (BARTON, 2004). Esse processo é reflexo do fato de que o narrador seleciona, para a reconstrução de suas vivências,

os componentes significativos, estruturando-os com o objetivo de alcançar a melhor retratação e tradução das experiências.

A narrativa está articulada à condição da existência humana e permite a compreensão dos textos e contextos das experiências, assim como as palavras se revelam como um produto da interação viva das forças sociais que se renovam, continuamente, a partir e nas relações sociais (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2011).

Neste estudo, buscou-se realizar as entrevistas estimulando os relatos dos enfermeiros de forma livre, permitindo que narrassem e refletissem sobre o cotidiano do cuidado da criança e da assistência prestada nos serviços de saúde no contexto da estratégia saúde da família, relatos de situações do cotidiano e suas relações com a família e com os serviços de saúde, a produção do cuidado e da defesa da saúde da criança. O roteiro utilizado para o desenvolvimento das entrevistas encontra-se em apêndice (Apêndice A).

Participaram do estudo 14 enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do município de Passos-MG, por meio de entrevistas individuais gravadas. A utilização da entrevista foi considerada uma técnica de investigação apropriada, tendo em vista a obtenção tanto de relatos advindos das experiências individuais quanto daqueles que expressam o debate em torno do tema.

O convite para participar do estudo foi efetuado para todos os enfermeiros em atividade nas 17 unidades de saúde da família existentes no município e 14 enfermeiros atenderam voluntariamente, pertencentes a 14 unidades. Houve recusa de um enfermeiro e dois estavam em licença saúde na época da coleta dos dados. As entrevistas tiveram a duração de cerca de uma hora.

Na apresentação dos resultados foram utilizados nomes de anjos para denominar os 14 enfermeiros sujeitos do estudo, sendo Gabriel, Rafael, Miguel, Ariel, Haniel, Uriel, Raguel, Daniel, Remiel, Caliel, Micael, Jeliel, Haziél e Omael.

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi pautada na análise temática. A análise das entrevistas implica na organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando-as e procurando identificar nelas as tendências e ideias relevantes (LUDKE; ANDRE, 2003; MINAYO, 2007).

Na construção e discussão do material empírico das entrevistas buscou-se identificar e discutir sentidos e significados organizadores dos relatos acerca de situações, ações e valores relativos à atenção à saúde da criança, tomando-se por referência o quadro conceitual do cuidado em saúde e as dimensões do direito à saúde da criança. Todo o material foi digitado e organizado em arquivos individuais. Na interpretação dos depoimentos foram percorridas as seguintes etapas, entendidas aqui não como uma sequência temporal de eventos, mas como diferentes momentos que se interpenetram e influenciam mutuamente ao longo de todo o processo da pesquisa: a) leitura preliminar do material buscando mapear os sentidos atribuídos pelos sujeitos às perguntas feitas; b) interpretação dos conteúdos e posicionamentos dos entrevistados, expressos e latentes, frente aos sentidos orientadores de seus relatos; c) elaboração de síntese interpretativa, relendo os conteúdos à luz do pressuposto e quadro conceitual orientadores do estudo (AYRES, 2008; MINAYO, 2007).

Após a leitura intensiva das entrevistas, os conteúdos emergidos foram organizados em unidades temáticas de significados, sendo essas: A puericultura como momento de defesa; A visita domiciliar como parte das ações no contexto de defesa; Parcerias Positivadas e Não Positivadas; e Componentes da competência do enfermeiro no processo de defesa da criança.

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos temas e subtemas utilizados na organização e interpretação das narrativas dos enfermeiros entrevistados.

Quadro 1 - Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas dos enfermeiros entrevistados nas Equipes de Saúde da Família. Passos-MG. 2012.

Recortes das falas	Subtemas	Temas
<i>“A gente observa quando está pensando, crianças com algum problema que a mãe não queixa. Mas aí a gente conversa com a mãe, orienta e marca para pensar em menos de um mês. Se precisar a gente encaminha”.</i> (Omael)	Avaliação da criança	A puericultura como momento de defesa
<i>“Ultimamente, estão aparecendo muitas puérperas com depressão, nesse ano eu já peguei três. E uma foi detectada aqui na puericultura, numa das coisas que ela me falou, pensei: ‘Ela não está bem’.”</i> (Ariel)	Identificação de situações vulneráveis para a criança	
<i>“A mãe chegou e pediu para a gente fazer uma avaliação da genitália da criança. O pai não era o atual companheiro e a criança passava os fins de semana na casa dele. Ela falou que a menina... estava introduzindo objetos na genitália. A gente ficou em dúvida... Tem horas que a gente não sabe o que a gente faz.”</i> (Rafael)	Dificuldades na abordagem e condução dos casos	

<p>“Já peguei criança novinha, de poucos meses, com escabiose. Foi feito visita domiciliar onde a gente constatou... O problema é a falta de cuidado, é a falta de higiene, o cachorro para lá, para cá..., perto do neném”.(Daniel)</p> <p>“Através da visita mesmo, a gente já vai abordando essas famílias...” (Rafael)</p>	<p>Observação e intervenção para o cuidado da criança em casa</p>	<p>A visita domiciliar como parte das ações no contexto de defesa</p>
<p>“Não cuidava da casa, não cuidava da criança, não cuida de nada...” (Haniel)</p>	<p>Apreensão de situações de privação</p>	
<p>“Uma mulher que tava grávida e falou que queria doar a criança, mas depois que nasceu, pra agradar o marido ela quer ficar com o que nasceu e doar os outros. Ela usa drogas e o marido é alcoólatra, agora ela está bebendo com o marido.”(Uriel)</p>	<p>O uso de álcool e drogas pelos pais</p>	
<p>“Eu chamei a assistente social do NASF pra conversar, queremos evitar a desagregação familiar...”. (Uriel)</p> <p>“Os profissionais do NASF são grandes parceiros... Eles vão acompanhando e dão um retorno. Sempre, sempre vamos juntos conversando. Sempre passam aqui e o agente de saúde vai ou eu vou, às vezes, se precisar a médica vai. E depois do desfecho, eles vêm aqui e finalizamos o caso.” (Caliel)</p>	<p>Comunicação entre os profissionais e os serviços</p>	<p>Parcerias Positivadas e Não Positivadas</p>
<p>“O Conselho [Tutelar], muitas vezes, despreparado também, não sabe como agir. Então, a gente se vê, às vezes, meio que sozinho na luta.” (Rafael)</p>	<p>Lacunas nas relações de parceria</p>	
<p>“Elas relatam que é criança que fica em creche ... E nós não temos contato com a creche, mas sabemos que o número de funcionários é pequeno mesmo, vivem de doações.” (Omael)</p>	<p>Limites na integralidade e intersetorialidade das ações na rede</p>	
<p>“Você tem que saber abordar, você tem que usar toda a sua parte psicológica de entender a pessoa..., porque cada pessoa é de um jeito. Não adianta eu ser generalista e tratar todo mundo igual.” (Jeliel)</p>	<p>Interação e envolvimento com a criança e sua família</p>	<p>Componentes da competência do enfermeiro no processo de defesa da criança</p>
<p>“O conhecimento faz a diferença na hora de você avaliar, tomar uma conduta, sem conhecimento você não tem segurança para atuar.” (Gabriel)</p>	<p>O conhecimento para melhoria do cuidado e da advocacia em saúde</p>	

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Ensino Superior de Passos-MG, com parecer nº 25/2011 (Anexo A).

Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimento de coleta de dados da pesquisa, bem como sobre seus direitos, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após aceitarem participar do estudo assinaram esse documento e receberam uma cópia do mesmo, assinada pela pesquisadora. Foram tomados os cuidados éticos quanto ao sigilo e à privacidade das informações colhidas, seguindo diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, apresentamos uma caracterização geral dos enfermeiros entrevistados.

A idade dos entrevistados variou de 29 a 48 anos, sendo que 02 tinham entre 25 e 29 anos, 08 entrevistados tinham entre 30 e 34 anos e 04 com 35 anos ou mais; 12 entrevistados eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino.

O tempo de formação variou entre 01 e 13 anos, sendo que 01 enfermeiro tinha 01 ano de formado, 06 entrevistados tinham concluído a graduação em enfermagem entre 04 e 06 anos, 04 entre 07 e 09 anos e 03 estão formados há mais de 10 anos.

O tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) variou entre 01 e 11 anos, sendo que 01 enfermeiro tinha 01 ano de atuação, 07 entrevistados possuíam entre 04 e 06 anos de atuação, 03 deles entre 07 e 09 anos e 03 atuavam na ESF há 10 anos ou mais.

Quanto à especialização, 08 entrevistados referiram que não se especializaram e 06 cursaram especialização, sendo citadas as seguintes áreas: Saúde da Família, Saúde Mental, Administração Hospitalar, Capacitação Pedagógica na Área da Enfermagem e Saúde Pública. A especialização em Saúde da Família foi referida por 04 desses entrevistados e 01 deles mencionou possuir também mestrado em Enfermagem em Saúde Pública.

Os resultados do estudo são apresentados a seguir de acordo com os seguintes temas: *A puericultura como momento de defesa; A visita domiciliar como parte das ações no contexto de defesa; Parcerias Positivadas e Não Positivadas; Componentes da competência do enfermeiro no processo de defesa da criança;* com a discussão e interpretação das narrativas dos enfermeiros entrevistados, em situações ou não de defesa pela saúde, bem-estar e qualidade de vida das crianças.

A puericultura como momento de defesa

A puericultura mostrou-se um momento de cuidado e de defesa da saúde infantil, configurando um espaço em que os enfermeiros avaliam a criança e seu contexto familiar e social, identificam vulnerabilidades e potencialidades, orientam e tornam o atendimento mais frequente quando necessário, bem como direcionam e encaminham para outros profissionais, serviços e setores. Algumas dificuldades encontradas durante esses momentos também se tornaram evidentes, em especial na abordagem e condução de alguns casos.

Nesse tema, os resultados são apresentados nos seguintes subtemas: A avaliação da criança; Identificação de situações vulneráveis para a criança; Dificuldades na abordagem e condução dos casos.

A avaliação da criança

O subtema a avaliação da criança inclui avaliar, identificar, orientar, indicar a periodicidade das consultas e encaminhar, em que o enfermeiro se vê como um mediador entre diversos atores, para o desempenho do processo de cuidar e proteger a saúde das crianças.

“Através da captação precoce, desde que ficamos sabendo do nascimento da criança, é efetuada a primeira visita pelo agente comunitário, de preferência até quarenta e oito horas de vida. O agente vai até a casa e já agenda ou a minha visita, dependendo da situação, ou a visita da mãe com a criança na unidade. Após isso, as outras consultas de enfermagem são agendadas mensalmente ou quinzenalmente, dependendo do quadro da criança.” (Daniel)

“Nessas consultas a gente avalia tudo, avalia se ela [a criança] está desenvolvendo bem, como estão os cuidados que está recebendo, e a gente preocupa também com os cuidados da alimentação da mãe, como que ela está, porque isso é muito importante.” (Ariel)

A puericultura se mostrou um momento no qual o olhar e a escuta estão voltados para a criança, a mãe e a família. A percepção de que as vivências da mãe e da família possuem alto potencial de repercussões sobre a criança foi identificado ao longo das entrevistas.

As falas dos entrevistados apresentadas acima apontam a avaliação como parte do contexto que envolve a puericultura, evidenciando que a periodicidade dos atendimentos não é única e fixa, mas depende dessa avaliação.

A família nem sempre é vista como núcleo de atenção à saúde, e o cuidado de enfermagem como uma prática complexa precisa ir além da utilização de técnicas, exigindo um contínuo exercício da comunicação (CASANOVA; LOPES, 2009). Essa interação pode ser beneficiada quando, frente a alguma situação de risco ou vulnerabilidade, o encontro da equipe com a criança e seu responsável se torna mais frequente, conformando a construção conjunta de um processo de vigilância do estado de saúde da criança pelo serviço e pela família.

“Eu vejo, assim, eu não tenho muito problema com criança porque na puericultura as que eu vejo que a mãe não cuida muito bem eu já marco para vir mais vezes para eu observar. Outras cuidam muito bem, querem saber o peso, às vezes a mãe está aqui, o pai está viajando e está ligando para saber se já pesou. Teve uma que estava aqui e o telefone tocou, ela falou

‘espera aí, está pesando agora’. Achei super interessante. É onde você identifica essas necessidades. E no curso de gestante eu até falo que não é só pesar e medir, desde o curso de gestante, conquistando essa mãe a dar esse seguimento. Essas que participam do curso de gestante, geralmente não tem problema nenhum, quando ganha já sai amamentando, aí já sabe que se tem um problema com a mama já me chama, já tem toda uma abordagem. Agora se não participa, geralmente já não é o mesmo vínculo.’ (Miguel)

Aprende-se a concepção da puericultura como um atendimento que vai além de pesar e medir, bem como a busca de traduzir isso para as mães, desde a gestação, vislumbrando já o cuidado da saúde das crianças que estão por vir. O relato acima mostra, ainda, a puericultura como uma ação que não é isolada, mas interligada com outras como a visita domiciliar e o curso de gestante, permitindo um fortalecimento entre as ações de saúde.

Nos serviços de Atenção Básica à Saúde, a enfermagem desenvolve vários tipos de ações em sua dimensão cuidadora às crianças, desde a gravidez, proporcionando além de acesso, acolhimento, vínculo, resolução de problemas, promoção à saúde e prevenção de doenças (ASSIS et al., 2011).

Algumas situações envolvendo o aleitamento materno foram apontadas nas entrevistas:

“Muitas já vêm com o bebê na puericultura e falam ‘Ah, você pode olhar minha mama?’ E já pedem para gente dar uma olhada.” (Micael)

“Aí eu faço aquele discurso né: ‘Olha pra você vê, você já viu filho que a mãe amamentou e que a mãe não amamentou?’ ‘Você já viu a diferença?’ ‘Você trabalha, mas você tem direito, é um direito do seu filho’.” (Gabriel)

A amamentação é defendida, é promovida e protegida nesse processo, abordada durante o curso de gestante, a visita domiciliar e a consulta de puericultura. É colocado para o profissional enfermeiro estar apto e disponível para avaliar, orientar e assistir a mulher na amamentação, muitas vezes voltado para o procedimento da ordenha mamária. No entanto, o cuidado vai além do manejo e ordenha e é fundamental incluir desde uma avaliação técnica até orientações sobre direitos.

Os resultados deste estudo sugerem a possibilidade de que a assistência em puericultura, dentro de um contexto de atenção primária à saúde, contribui positivamente para a amamentação exclusiva. Aumentar os indicadores de aleitamento materno é um objetivo a ser considerado pela sociedade, pelos gestores dos sistemas de saúde, pelos profissionais de saúde e pelos provedores. As mães necessitam de maior conhecimento e maior apoio para tal

prática, muito particularmente aquelas de grupos populacionais mais vulneráveis (FALEIROS et al., 2005).

É importante para a mulher saber que pode contar com o profissional enfermeiro, saber onde recorrer durante a amamentação, para buscar resposta a uma dúvida ou para sentir-se mais segura. E dentre essas ações, possibilitar a mulher conhecer seus direitos faz parte do cuidado de enfermagem. A fala acima apresenta a concepção do enfermeiro de que o direito da mulher de amamentar é também um direito da criança.

Entretanto, a criança não poderá defender esse direito, e nisso se revela uma das faces de sua vulnerabilidade, entre tantas outras situações em que a saúde e o bem estar da criança dependem em grande parte de outros sujeitos de seu ambiente familiar e social.

Em geral, a equipe de saúde e a família exercem uma cobrança excessiva e um pré-julgamento da mãe com as questões do aleitamento materno. Alguns serviços de saúde têm agravado as condições de vulnerabilidade materno-infantil ao forçarem a amamentação, tornando-a uma obrigação a ser cumprida, aumentando a sobrecarga emocional e não respeitando a mulher em suas particularidades (SOUZA, 2010).

O cuidado da criança é muito legítimo, mas tomar o aleitamento materno como direito exclusivo da criança pode criar uma situação delicada e danosa porque faz com que a mulher passe de detentora de prerrogativas para cumpridora de deveres, podendo levar a conflitos emocionais e ao desenvolvimento de ações e de políticas públicas autoritárias na área da saúde e em outros campos, pois as mulheres ficariam vulneráveis à restrição de liberdade, à discriminação, entre outras violações (FRANÇA-JÚNIOR; AYRES, 2000).

Os profissionais de saúde precisam repensar as atitudes e a forma de interação com as mães, lidando com os obstáculos e em busca da construção de encontros verdadeiros no processo de amamentação (SOUZA, 2010).

A alimentação das crianças foi levantada como um ponto em que os enfermeiros observam e orientam:

“Ela, às vezes, tem um pouco de dificuldade quando vai iniciar o suco, a gente observa, ‘quando eu devo iniciar o suco, quando eu devo iniciar a papinha doce?’. Então, a gente tem até umas receitas de papinha para a mãe ficar mais segura, porque, principalmente as primíparas, elas mostram bastante ansiedade.” (Rafael)

“Algumas já ligam, faltando um mês para voltar a trabalhar, já vêm aqui e falam: ‘O que eu faço? Que eu não quero desmamar’. Aí já orientamos, fazemos a escalinha para intercalar o suquinho, a fruta, e as mamadas.” (Raguel)

“Alimentação não é só a criança né, é a casa toda. Então, eu já entro assim: ‘Oh, vamos ver como é que é a sua casa?’, ‘Como que é a alimentação?’, ‘Como que é a rotina?’.” (Gabriel)

A alimentação da criança mostrou-se como um dos focos de cuidado e defesa, perpassando pela orientação e apoio na introdução de alimentos complementares após o aleitamento exclusivo, bem como lançando o olhar para a família, para sua rotina alimentar, considerando o reflexo dessa sobre os hábitos alimentares que a criança adquirirá. O apoio se mostra na oferta de receitas e na elaboração de escalas de horários para a introdução dos alimentos, como um reforço à orientação verbal, buscando facilitar o cuidado domiciliar e aumentar as chances de sucesso, revelando a importância dada a esse momento na vida da criança e de sua família.

O aleitamento materno é a primeira iniciativa de promoção da alimentação saudável, devendo ser complementado, a partir do sexto mês de vida da criança, com a alimentação complementar, que deve possuir quantidades adequadas de todos os nutrientes, o que deve ser promovido pelos profissionais a partir do estímulo ao consumo de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e agradáveis para a criança (BRASIL, 2009d).

A atenção à alimentação é um dos mais importantes papéis desenvolvidos pela mãe ou cuidador na relação de cuidado com a criança, tendo em vista suas influências sobre a saúde infantil (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011). Também é de conhecimento que a alimentação complementar da criança é influenciada por complexos fatores sociais, econômicos e culturais, realidade presente quando a nutrição infantil, especialmente no primeiro ano de vida, é diferencial no crescimento e desenvolvimento (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) compreende o direito a não vivenciar a fome e o direito ao acesso à alimentação nutritiva e saudável, sendo esse um dos direitos humanos fundamentais previstos no ordenamento jurídico nacional e internacional, destacando-se que o Brasil adota todas as convenções internacionais relevantes que o contemplam, entre elas a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989), sendo que a Constituição Federal Brasileira inclui esses documentos como normas constitucionais, e nesse sentido foi elaborada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, explicitando o compromisso com

ações governamentais destinadas à garantia do direito humano à alimentação e nutrição saudável (BRASIL, 2005b).

Essa política menciona, entre seus objetivos, traçar e desenvolver ações para alcançar a Meta número 1 de Desenvolvimento do Milênio, que se refere à redução pela metade da população vivendo em condições de extrema pobreza e de fome, até o ano de 2015 (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, os enfermeiros têm uma contribuição importante no cotidiano do seu trabalho junto às famílias.

O acompanhamento das crianças foi outro aspecto mencionado nas entrevistas como uma forma de monitorar, controlar e estar atento aos agravos:

“As de baixo peso a gente está controlando aqui porque aí você vai orientando, os que estão na linha de risco você já marca mais vezes para vir. Então, dá para controlar. Se você vê que não está ganhando peso a gente já encaminha para o pediatra e nutricionista, agora é bom porque tem nutricionista aqui na segunda.” (Miguel)

“Se for aquele que tem que ter uma observação melhor, por exemplo, que é baixo peso, desnutrido, sobrepeso, aí é semanal o acompanhamento. Depois passa para quinzenal, depois mensal.” (Raguel)

“A criança baixo peso, a gente faz o agendamento diferenciado para estar controlando o ganho de peso. Vamos fazendo avaliação para tentar descobrir o que pode ser a causa, avaliar as questões da família, se é uma criança que está sendo amamentada ou não, se ela está maiorzinha, onde está a deficiência na alimentação. Se é alguma coisa que a gente consegue resolver, beleza. Se não, a gente também encaminha ao nutricionista. Se a questão for mais relacionada às questões financeiras, a gente passa agora para o CRAS ou para o NASF. Se for uma questão clínica, a gente vai encaminhar para o médico do PSF ou o pediatra. E a gente continua o acompanhamento... No início cheguei a pegar alguns casos com certo grau de desnutrição, e a Cantina da B. [organização social] ajuda muito nesse quesito, principalmente com a multimistura. A família que eu já vejo que não tem condição eu já indico direto. E aí o resultado é inegável! Se a mãe passar a dar, não tem como. De um mês para o outro é um ganho de peso bem considerável. Aí, chega a um ponto que você tem que parar também, porque senão passa do ponto. Então, a gente tem diversos suportes, a população tem, que antes não tinha. A Cantina com uma refeição, as famílias mais carentes tem o bolsa família, o acesso social hoje está maior, e nós aqui do PSF também ajudando. Então, é uma contribuição que vem de diversos lados.” (Remiel)

O aumento na frequência do comparecimento da criança na puericultura foi apontado como uma conduta dos enfermeiros frente às crianças com alterações de peso. Isso possibilita identificar a evolução do peso, avaliar a adesão às orientações, conhecer melhor os aspectos envolvidos na situação, as dificuldades vivenciadas pela família, entre outros. A partir daí,

pode-se avaliar melhor a necessidade de condutas complementares, como, por exemplo, a inclusão de outros profissionais nesse acompanhamento.

Atores que se mostraram importantes fortalecedores desse cuidado foram: o nutricionista, o assistente social, o médico da ESF, o pediatra e as organizações sociais. O enfermeiro ocupa, muitas vezes, um espaço mediador, identificando a necessidade e sendo o disparador dos demais atendimentos, além de representar a referência forte, na qual a criança/família continua a ser acompanhada, em um processo de ir e vir dos demais profissionais e onde o seguimento permanecerá. Esse espaço ocupado pelo enfermeiro o configura como um potencial advogado da saúde da criança e apoio forte de sua família.

Atualmente, a interdisciplinaridade tem estado entre as questões e discussões acerca das diretrizes e práticas de saúde. Um estudo apontou que quando a interdisciplinaridade está presente na atuação dos profissionais com os usuários, aspectos como o acolhimento do usuário e de suas necessidades é favorecido, bem como a resolução dos problemas que o levaram a buscar o serviço, com maior garantia de acesso a outras unidades quando necessário, de forma que os usuários dos serviços que envolvem equipes interdisciplinares tendem a ser melhor atendidos e alcançam maior resolutividade do que em outros que utilizam o modelo tradicional de organização do trabalho (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010).

A ESF tem caminhado nesse sentido, sendo o enfermeiro uma figura importante na intermediação da relação interdisciplinar, uma vez que esse profissional atua como “mediador entre cliente, equipe multiprofissional, família e comunidade” (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011, p. 358).

Aliado a isso, o enfermeiro comumente assume as atribuições gerenciais tanto em unidades básicas de saúde tradicionais, quanto em unidades de saúde da família. Entre outras competências gerenciais do enfermeiro, a gestão de recursos humanos, a identificação e uso de recursos institucionais, o planejamento e elaboração de propostas de intervenção, a contribuição para a organização de redes de serviços, tendo entre seus objetivos a eficiência dos processos para o cuidado da saúde, a partir do uso dos recursos disponíveis (FERNANDES et al., 2010). Os enfermeiros vêm historicamente assumindo cargos gerenciais nos serviços de saúde, exercendo, entre outras, a função de mobilizar pessoas, otimizando recursos com vistas a atender as necessidades e demandas dos clientes, exigindo desse profissional as competências de comunicação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, negociação, liderança, educação permanente e gestão integrada de processos e pessoas (FURUKAWA; CUNHA, 2010). Assim, o exercício de iniciativas interdisciplinares pode

compor todas essas atribuições, com uma concepção na qual os diversos profissionais representam um especial e relevante recurso dentro de um trabalho em rede.

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade deve ser considerada fundamental na gestão de unidades e equipes de saúde, apontando que a formação do enfermeiro deveria contemplar, no contexto das competências gerenciais, o conhecimento acerca das atribuições dos outros profissionais que compõem o trabalho na área da saúde, destacando também a importância do desenvolvimento das habilidades de articulação do trabalho em grupo e de liderança (LOURENÇÃO; BENITO, 2010). Nesse sentido, é importante que as instituições de ensino superior possam lançar no mercado enfermeiros aptos a gerenciar e exercer liderança entre sujeitos envolvidos na produção da saúde, capazes de atuar com autonomia e corresponsabilidade com seus colaboradores no planejamento e implementação das práticas assistenciais e sociais (AMESTOY et al., 2010).

A equipe de atenção primária à saúde tem responsabilidades sobre as crianças da área de abrangência. Quando a criança é encaminhada a outro serviço, a equipe deve acompanhar o fluxo percorrido, monitorando as consultas de retorno, a medicação e os cuidados, não deixando de atender as intercorrências, assim, uma importante competência da equipe de atenção primária é a de coordenar a rede de serviços necessários ao acompanhamento adequado da criança, mantendo um relacionamento ativo com os profissionais, se comprometendo com um acompanhamento conjunto (MINAS GERAIS, 2005).

Em situações de fragilidade os profissionais relatam sobre cuidado e envolvimento:

“Tem uma criança de cinco anos, ela nasceu com microcefalia, tem gastrostomia, tem um problema sério pulmonar e cardíaco. Ela estava com um anticonvulsivante e a gente pesava toda semana porque estava difícil de ajustar a dose do medicamento, porque ela é baixo peso, muito baixo peso. Então, a gente já nem marcava na agenda, falava para a mãe: ‘Qualquer hora que você puder trazer a gente pesa’. Estava trazendo toda semana, foi difícil ajustar essa dose.” (Rafael)

“Tem um menininho, ele é cardiopata, vai operar a semana que vem. A gente estava pesando toda semana para ele ganhar peso para operar. Aí agora que ele ganhou pesinho ele vai operar. Fez os exames, tudo certinho, vai ser em Belo Horizonte. A alimentação a gente orientou muito, porque ela tem outros filhos, só que, não que ela não tenha orientação, tem sim, mas ela não ajudava, ela não fazia certinho. Aí eu peguei mais firme, fui anotando: ‘O que você está dando para ele?’ Tive que pegar firme, se não ele não fazia a cirurgia. Mas, mesmo assim, ele ganhava muito pouquinho. Olha para você ver, por conta de cinquenta graminhas, cem, a gente comemorava muito aqui na sala.” (Haniel)

“Uma criança que nasceu prematura. Mas, assim, ela teve total apoio, tanto da nutricionista, e a gente pesava de quinze em quinze dias. Nesse mês passado ela entrou no peso. Nossa, eu

fiquei numa felicidade! Ele nasceu bem prematurinho, e a mãe começou a amamentar. Mas, com um mês de vida da criança, a mãe faleceu. A criança ficou com o pai. Gente, eu falei que essa história mexe comigo, sabe... O pai trazia a criança toda vez, ele não deixou nem um mês de vir. Aí agora com dois anos e seis meses a criança conseguiu entrar! [no peso adequado]. Foi acompanhado desde o nascimento, saiu do hospital, na primeira semana ele veio e até hoje eu acompanho. Super saudável, se você ver a carinha dele, assim, você não fala que foi uma criança que passou por tanta coisa. O pai, eu falo: 'Gente, eu fico muito feliz dele ter...' Ele parou de trabalhar para dedicar ao filho. Agora ele voltou a trabalhar, agora a criança está ficando na creche, porque ele já passou por aquele período crítico. E foi morar com a mãe que é a avó da criança, que também teve uma parcela boa nisso.' (Ariel)

A família pode passar por uma fase delicada e difícil e a criança pode ter seu potencial de vulnerabilidade aumentado nesse momento. Potencialmente aumentado também tende a estar, nesses períodos da vida familiar, a importância do apoio fornecido pela equipe de saúde da família, como o próprio nome retrata. Advogar pela criança nesses momentos pode ser apoiar e envolver-se com ela, com quem cuida dela e com sua família. Nas falas acima visualizamos o quanto o comprometimento e o envolvimento do profissional pode ser um incentivo para que o familiar fragilizado tenha forças para um cuidado dedicado à criança, enquanto alcança a reorganização familiar.

As famílias de crianças prematuras, baixo peso e/ou com alterações em seu quadro de saúde necessitam ser acompanhadas por longos períodos, recebendo informações, incentivos e apoio, sendo que no tocante à qualidade de vida dessas crianças, os profissionais de saúde, além de considerarem a influência de aspectos socioeconômicos e culturais, devem reconhecer seu relevante papel junto às famílias (ARRUDA; MARCON, 2010).

Um consolidado das Conferências Estaduais de Saúde recomenda políticas específicas de atenção integral à saúde do recém-nascido, priorizando a articulação intersetorial e o desenvolvimento de ações voltadas à garantia de que as crianças que saem de unidades neonatais de terapia intensiva recebam acompanhamento qualificado de equipe multidisciplinar, vigiando e amenizando as complicações comuns nessa clientela, sendo destacados também a divulgação e fortalecimento das iniciativas Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Unidade Básica Amiga da Amamentação (UBAAM) (BRASIL, 2003b).

Os enfermeiros relatam sobre o acompanhamento da saúde da criança de forma flexível e individualizada:

“Aqui está tendo algumas crianças baixo peso, mas são aquelas que a gente encaminha para o pediatra e eles dizem que é o biotipo da criança ser magrinha. Também já tive que encaminhar bebês à nutricionista porque estavam muito acima do peso. Aí, tinham mães que estavam magrinhas, não estavam dando conta nem de carregar o neném de tão gordo, e era aleitamento exclusivo. É algo que a gente tem notado, que os valores de referência no

aleitamento exclusivo deveriam ser diferentes, porque muitos ficam bem acima. Mas, depois que desmamam, eles voltam ao peso. A gente vê que esses casos se repetem.” (Micael)

“Eu estou pegando algumas crianças com sobrepeso na puericultura, mas são aqueles sobrepesos de menino que só amamenta no peito. A gente investiga o que essa mãe está comendo. A gente orienta, faz o exame, avalia a criança, e não dá nada. Aí espera estar naquela fase de engatinhar, andar, porque começa a gastar energia. Se perder naturalmente fica por isso mesmo. Se não perder passa para a nutricionista. Mas a maioria fica magrinho, ficam uma ferpa esses meninos.” (Raguel)

“Quando é um sobrepeso só pelo leite materno, está na época do aleitamento exclusivo, não está dando mais nada, a gente já não preocupa, a gente orienta a mãe que depois perde, na hora que introduzir outros alimentos.” (Daniel)

Os valores de referência para peso representam indicativos importantes que facilitam, respaldam, organizam e universalizam o trabalho. Entretanto, a avaliação da criança precisa ser flexível e individualizada, sendo a puericultura um momento para tal. Considerando a observação como um conhecimento e habilidade importante do enfermeiro no cuidado da criança, percebe-se que a observação dos casos ao longo do cotidiano do trabalho tem revelado, a alguns enfermeiros, que as crianças amamentadas exclusivamente podem ser equivocadamente diagnosticadas como sobrepeso no gráfico do cartão da criança. Assim, uma interpretação muito rígida desse gráfico poderia levar a orientações inadequadas, levando ao prejuízo do aleitamento materno exclusivo, não somente no âmbito individual, como poderia também se tornar um de seus inimigos ocultos, tendo em vista o culto à magreza por uma parte da população brasileira, com famílias que temeriam o excesso de peso de seus filhos por meio da amamentação exclusiva.

Atualmente, estão disponíveis diversos métodos e técnicas que permitem a avaliação da composição corporal na infância, como antropometria, bioimpedância elétrica, ressonância magnética, pletismografia, osteodensitometria bifotônica e condução elétrica corporal total, mas, apesar das vantagens que os métodos mais sofisticados apresentam no rigor e especificidade da avaliação, eles continuam a ser utilizados quase exclusivamente para fins de investigação, e os métodos antropométricos continuam a ser os mais utilizados na prática clínica (PINTO et al., 2005). Assim, a observação e a anamnese são ferramentas complementares importantes para que o enfermeiro analise adequadamente a situação de saúde da criança, incluindo o ganho de peso da criança assistida nos serviços de saúde.

Há situações que destacam a adequação do atendimento, com intermediação de outros profissionais e outras práticas:

“Esses dias tinha uma menininha que deve ter uns cinco meses e a avó, porque a mãe é adolescente e está trabalhando, estava pondo farinha em cima do feijão, no leite, coisas de milho, essas farinhas, e a menina estava desse tamanho [mostra com as mãos]. Eu falei para avó: ‘Pelo amor de Deus, não é nordestina nenhuma a menina’. Brinquei... ‘Deixa o leite só puro, sem açúcar, sem nada, o feijão mistura com uma abóbora, uma verdura, alguma coisa mais nutritiva’. Então, eu tento orientar. Outro, o menininho estava sobrepeso, e eles estavam dando leite de vaca da roça. Então, é muito gordo. Eu falei: ‘Tenta misturar com um pouco de água para dar uma aliviada’. Porque é o pai que traz da roça, não paga, e o menininho também está sobrepeso.” (Haniel)

“Eu tenho dois casos com sobrepeso. Aí fizemos o encaminhamento ao nutricionista, a gente pesa mais vezes, para ver como está evoluindo e orienta também através de visitas.” (Haniel)

“Sobrepesos eu tenho algumas, mas aqui nós temos muita facilidade com nutricionista, temos a do ambulatório e a do NASF. Aliás, agora nós organizamos uma rotina assim: no dia da puericultura a nutricionista e a fonoaudióloga do NASF vêm, fica cada uma numa sala, aí cada criança, todas passam comigo, depois com a nutricionista e depois com a fono.” (Uriel)

Denota-se que o cuidado de crianças com sobrepeso a partir da puericultura inclui orientações voltadas à individualidade de cada caso, em que as questões socioeconômicas e culturais das famílias são expressivas. Nesses relatos foram apontadas ações como a alteração na periodicidade do atendimento, visitas domiciliares e inclusão do nutricionista.

O excesso de peso na população infantil vem se tornando um problema nutricional relevante. A introdução de açúcar na alimentação, na fase em que a criança está formando seus hábitos, torna-se um fator de risco importante para sobrepeso, assim, preparações do tipo leite com achocolatados, mingau, bolacha doce e recheada, que têm sabor agradável, cativam as crianças, levando-as ao consumo em maior quantidade que sua necessidade nutricional, elevando o valor calórico total da dieta e o risco de obesidade (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

A alimentação e a nutrição são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento humano saudável, contribuindo para a qualidade de vida e cidadania, sendo que o atual contexto brasileiro não é favorável nesse sentido, destacando-se as doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes, além de casos de falta de nutrientes, como anemia e deficiência de vitaminas (BRASIL, 2008d), sendo fundamentais as ações de promoção e prevenção voltadas a esse quadro desde a infância.

Há situações de avaliação e orientação para cuidados importantes com a criança:

“Teve uma criança que estava com uma infecção de ouvido, a gente não sabia ao certo o que era, só sabia que a criança estava tendo febre, a mãe já não sabia o que fazer. Febre, criança né, bebezinho. Orientei: ‘Olha se for ouvido...’, a mãe mesmo falou que ela passa muito a mãozinha, aí eu falei: ‘cuidado na amamentação, não fica deitada, põe um paninho pra não escorrer, na hora que for dar banho, se você tem mais dificuldade põe um algodãozinho maior’. Essas coisas, assim, a gente tenta orientar. Aí passamos para consulta médica.” (Gabriel)

A orientação é parte importante do cuidado de enfermagem, além de uma avaliação e discernimento quando é necessário encaminhar a outro profissional, isso não significa transferir o problema ou a necessidade para as mãos de outro, o seu comprometimento com o cuidado deve permanecer claro e estável. A fala acima retrata uma orientação dos detalhes do cuidado da criança no dia-a-dia, por meio dos quais o enfermeiro busca proteger a saúde da criança e evitar um possível agravamento de uma condição, enquanto também encaminha ao seguimento de outro profissional quando necessário.

É importante destacar que uma defesa forte requer argumentos claros, adaptados para públicos e cenários trabalhados, a partir de uma clara compreensão dos contextos de vida abordados (WHO, s.d.a).

A atuação do enfermeiro na atenção primária em saúde da criança abarca várias dimensões de cuidado, entre elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o fortalecimento das ações familiares para a saúde da criança, a realização de prevenção de agravos e identificação precoce de sinais de gravidade, bem como reconhecimento da necessidade de atendimento por outros profissionais e serviços, atividades que devem ser permeadas pela prática de educação em saúde e por habilidades comunicativas com a família (VERÍSSIMO et al., 2003).

Entre as ações preconizadas para a consulta de enfermagem da criança estão: anamnese e exame físico, avaliação de fatores de risco, avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, vigilância quanto à imunização, orientação sobre higiene, orientações sobre intercorrências e doenças, preenchimento de gráficos e demais campos do cartão da criança, além de registros no prontuário (MINAS GERAIS, 2005). Muitas dessas atividades apareceram nas falas dos enfermeiros entrevistados.

Os relatos dos enfermeiros reunidos nesse tema revelaram algumas ações que emergiram na descrição do cotidiano de cuidado da criança nas consultas de enfermagem voltadas para a assistência em puericultura. Observação, avaliação, orientação, decisão sobre a frequência dos atendimentos, apoio, comprometimento e encaminhamentos perpassaram esse cotidiano de ações de cuidado e proteção da criança.

Na relação de cuidado destacam-se interação e interesse, estando presentes atenção, paciência, discernimento e percepção, exigindo que o enfermeiro tenha disponibilidade de tempo para fornecer escuta atenta e sensível, aspecto importante entre aqueles que subsidiam a identificação das necessidades do cliente, possibilitando o planejamento e o desenvolvimento de ações para que essas sejam atendidas (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Um estudo que analisou a produção científica, de 2000 a 2006, dos programas de pós-graduação em enfermagem, sobre a assistência à criança na atenção básica, encontrou que essas, de maneira geral, realizam reflexões aprofundadas sobre novas formas de assistir essa clientela, com ênfase na promoção da saúde, integralidade e nos preceitos do SUS (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

O desenvolvimento de uma assistência de qualidade à criança exige também a atenção às expectativas e demandas de seus cuidadores, especialmente na atenção primária à saúde, tendo em vista a necessidade de adesão e preparação desses responsáveis pelo cuidado da saúde infantil no domicílio (ASSIS; VERÍSSIMO, 2010).

Esses elementos têm fundamentado a formação dos enfermeiros, que, há alguns anos, era pautado na valorização isolada da técnica e do procedimento, reproduzindo o modelo biologicista, de forma que essas mudanças no modo de se produzir saúde iniciam-se na formação dos profissionais e também no cotidiano do trabalho profissional, devendo ter a tônica nas relações entre equipes, crianças e seus responsáveis (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

A atuação do enfermeiro na puericultura configurou-se também como apoio, não somente para as crianças e suas famílias, como também para outros serviços que atendem a clientela infantil, nos níveis de atenção secundários e terciários, para que pudessem realizar as condutas. O exercício de defesa pareceu-nos fortemente expresso nessas falas, quando os enfermeiros mencionaram um longo período de seguimento, acompanhado de comemorações diante de pequenos ganhos, bem como diante do alcance de metas. As narrativas dos enfermeiros demonstraram envolvimento nessas situações, de maneira que o acompanhamento realizado por eles parece ter sido vivenciado de forma gratificante.

A atuação retratada se articula ao princípio de que na agenda das equipes da ESF, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser longitudinal e voltado a ações de promoção, prevenção e reabilitação, independente da ocorrência de doenças (MOROSINI; REIS, 2007).

A longitudinalidade é representada pelo cuidado continuado ao longo do tempo, sendo uma forma de enfrentar os problemas na atenção à saúde, exigindo uma regularidade no

cuidado, o que, entre outros benefícios, evita o extravio de informações, clínicas e de outra natureza, na condução dos casos (OPAS, 2005).

A amamentação, alimentação, avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento apresentaram-se como focos de atenção à saúde da criança pelos enfermeiros entrevistados. Essas são questões importantes dentro de um contexto de promoção da saúde e prevenção de agravos, objetivos da ESF no contexto brasileiro.

Essas ações contribuem com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, proposto em 2003 pelo Ministério da Saúde, que busca envolver governo, gestores, instituições e profissionais de saúde, além da sociedade civil organizada, reafirmando o compromisso com um conjunto de ações prioritárias que contemplam a promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, garantia de alta cobertura vacinal, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, com atenção especial aos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2005b).

Identificação de situações vulneráveis para a criança

A puericultura apresentou-se como um momento para reconhecer de forma particularizada cada criança, estendendo o olhar à mãe e ao entorno familiar. Essa aproximação atenta e comprometida apresenta-se como um modo importante de defesa da saúde da criança, permitindo a identificação de vulnerabilidades e necessidades e promovendo o acesso às condutas necessárias.

“A gente pergunta o que a criança come, quais são os horários dela dormir, de acordar, qual é a rotina da criança, se brinca muito. A gente faz uma série de perguntas para ela.” (Omael)

“Quando a criança é baixo peso, eu observo que, muitas vezes, é por falta de cuidado da família mesmo. Inclusive, nesse quesito eu tenho menos problemas com os que ficam em creches, pré-escolas, eu até pergunto pra criança, junto com a mãe, eles falam ‘Ah, comi, a tia me deu lá na escola’. E a gente sabe que na escola tem um momento que pára todo mundo, senta à mesa, aí está todo mundo comendo mesmo. E educação alimentar é complicada.” (Jeliel)

“Sabe, eu faço uma consulta de enfermagem, eu faço uma psicóloga, eu viro assistente social. Você pode ver que atrás de uma mãe que vem aqui desesperada pesar a criança toda semana, tem alguma coisa. É aí que eu: ‘Me diz o que está acontecendo? O que foi? Você está com medo? O que está acontecendo na sua casa, você está tendo problemas? Não precisa me falar se você não quiser, mas se precisar falar pode confiar, eu sou profissional, eu tenho a minha ética.’” (Gabriel)

Observa-se nos relatos acima que a puericultura é um momento de investigar a rotina e os hábitos da criança em seu dia-a-dia, bem como buscar interpretar os comportamentos da mãe, o que poderia se estender à criança ou outro responsável que a traga para o atendimento.

O profissional busca informações e evidências que possam ser úteis para a avaliação integral da criança e de seu meio, não se restringindo aos dados antropométricos e de desenvolvimento psicomotor. Esse olhar mais abrangente do profissional abre oportunidade para que os pais ou responsáveis façam relatos de diversas naturezas, possibilitando a identificação de situações e condições de vulnerabilidades, o que permitirá a realização de condutas pertinentes, sejam elas um esclarecimento, uma orientação, um incentivo, uma escuta, um encaminhamento, entre outras.

O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido como as possibilidades do sujeito ficar exposto a fatores que podem levar ao acometimento de doenças ou agravos à saúde, resultantes de aspectos relacionados ao indivíduo e a seu contexto de vida, como o meio familiar e comunitário (AYRES, 2006). O enfermeiro, no cotidiano de seu trabalho, lida com diversas situações e necessita se aprimorar na identificação das vulnerabilidades, procurando contribuir para a diminuição delas.

Na dinâmica de atenção à saúde infantil, é importante que o foco esteja na criança e em sua família, na construção de um cuidado que considere todas as possibilidades de vulnerabilidade, assumindo “uma atitude ética diante da condição humana”. (CABRAL, 2009, on line).

A forma de produzir a atenção à saúde da criança, retratada nas experiências relatadas acima, está em consonância com a proposta de que a família deve ser reconhecida como lugar privilegiado para o cuidado infantil e a educação em saúde, devendo ser envolvida como sujeito nesse processo (MINAS GERAIS, 2005).

Nos atendimentos realizados por enfermeiros há preocupação com os cuidadores das crianças:

“A gente está percebendo que os avós estão trazendo mais na puericultura. Os pais estão mais no mercado de trabalho e está sobrando um pouco para os avós. Isso é uma realidade que eu percebo com certa frequência, e dificulta um pouco. Eu percebo que, no geral, os pais tendem a ser um pouco mais cuidadosos com relação às orientações que são passadas. Eu acho que o avô, a avó estão lá para dar um apoio, e alguns são exemplares.” (Remiel)

“E o que eu vejo na questão de avó, que o problema maior é a alimentação, não tem a responsabilização com a alimentação da criança, dá o que ela tem vontade. Aí a criança já fala que não gosta, você sabe como é que é... Já a adolescente, está passando por uma fase de mudanças, geralmente nem cuida bem da própria alimentação, então fica difícil.” (Jeliel)

“Quando vem tia, irmã, que a criança está muito chorosa, às vezes elas mesmo já falam que as crianças estão sentindo falta dos pais, aí eu falo que muitas vezes eu sei que pai e mãe trabalham e não têm tempo. Mas, eu sempre oriento: ‘Então que o tempo que a mãe e o pai têm, que seja com qualidade, né?’. Eu oriento: ‘Pede para ela um dia me ligar, vir aqui conversar comigo’, porque muitas vezes são os pacientes que os agentes[agente comunitário de saúde] não acham, que a gente não encontra em casa. Essa parte, assim, é bem complicada. Mas, tentamos convidar para os grupos. O NASF tentou montar oficina, fez aqui, fez o sábado da mulher, foi um espetáculo, e quem veio? As mulheres que trabalham.” (Gabriel)

“Quando a mãe é adolescente, geralmente quem cuida é a avó, mesmo quando a mãe não trabalha, a avó traz.” (Uriel)

O enfermeiro demonstrou perceber a ausência dos pais devido ao trabalho como uma potencial vulnerabilidade, expressa mais claramente na falta que os filhos, algumas vezes, manifestam sentir pelo não comparecimento desses pais na unidade de saúde e na fragilidade do cuidado recebido pelas crianças por outros cuidadores, representado especialmente pelas avós. Entretanto, a reação do profissional se mostrou contextualizada com a realidade e destituída de julgamento, quando entende que os pais precisam trabalhar e que as avós fazem o melhor que podem. Por outro lado, não deixa de buscar algumas formas de trabalhar a questão, valorizar o tempo disponível desses pais com seus filhos, destacando que esse deve ser vivenciado com qualidade, seja oferecendo a oportunidade de conversar com esses pais por telefone ou buscando a organização de atividades fora do horário convencional da unidade de saúde.

A realidade em que a avó está assumindo o cuidado pela criança foi relacionada também aos casos em que a mãe é adolescente, sendo apontadas também deficiências no cuidado prestado pela adolescente com a alimentação de seu filho.

Nas últimas décadas é possível observar que vêm ocorrendo transformação na composição do mercado de trabalho, com aumento significativo das mulheres, levando à necessidade de novos arranjos para a conciliação entre trabalho e responsabilidades familiares e, muitas vezes, a solução familiar encontrada refere-se à inclusão de parentes, principalmente das avós, especialmente nos cuidados das crianças (SORJ; FONTES; MACHADO, 2007).

No Brasil, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, tornam-se necessárias pessoas que auxiliam no cuidado da criança em casa, como familiares e funcionárias, na busca de preencher, mesmo que em partes, a ausência das mães que estão trabalhando fora de casa, sendo que algumas se dedicam de maneira mais intensa ao trabalho do que aos cuidados com a família (JABLONSKI, 2010).

Alguns relatos trazem situações no atendimento de puericultura que identificam sinais físicos:

“Teve casos de crianças que nasciam com os pezinhos tortos. Na hora da puericultura a gente notava alguma coisa diferente, aí a gente orientava, a mãe levava no ortopedista e tinha que fazer cirurgia. Já tiveram três casos que a gente que notou. Às vezes, de por a criança em pé, como se fosse para andar, na maca, e via que a perninha estava torta.” (Micael)

“Tinha um menininho que tinha uma deficiência física na parte da calota craniana. Na puericultura que eu vi. Mas, um dia eu perguntei o que ela achava, se tinha acontecido alguma coisa no parto. Ela falou que teve algum probleminha. Aí, eu perguntei ‘Já procurou o pediatra depois disso?’ Ela falou que não e a gente encaminhou. Depois disso desenrolou, fez tomografia, mas não teve nada não.” (Jeliel)

“Temos uma menininha, ela já deve estar com quatro, cinco aninhos, agora que ela começou a andar. A gente identificou na puericultura, que o perímetro cefálico estava aumentado. Aí, a gente encaminhou para o pediatra, o pediatra começou a acompanhar e começou todo um tratamento. A menina tinha uns sete meses, eu acho, quando identificamos. A puericultura tem sido tão importante para identificar alterações. E é aquela coisa, você não pode fazer mecanicamente, fazer por fazer.” (Daniel)

As falas acima mostram um reconhecimento da puericultura como um atendimento que vai além do pesar e medir, em que o profissional deve estar presente, atento e sensível aos sinais que se apresentam, para que possa fazer a avaliação de cada criança de forma consciente e responsável, identificando necessidades e alterações, realizando o seguimento com as condutas que se mostrarem necessárias. Assim, reafirma-se a importância de que essa assistência seja realizada por profissional qualificado, para que o direito à saúde, expresso no acesso, qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde, seja garantido.

A criança é uma pessoa com características próprias, que está em contínuo crescimento e desenvolvimento, de modo que a atenção fornecida pelo profissional envolve aspectos diferentes ao longo do acompanhamento longitudinal, dizendo respeito não somente a mensurações, mas às dimensões que constituem o ser humano, dessa forma, o conhecimento do processo de crescimento e desenvolvimento é muito importante para as pessoas que lidam e ou cuidam da criança (BRASIL, 2001a).

Aspectos sobre a identificação de experiências é apontado:

“Alguns são baixo peso desde o início, porque era prematurinho, aí é diferente, e eu não tenho aquela tabelinha diferente para ver se eles estão dentro do peso, aí dá abaixo. Mas, quando eu vejo necessidade eu pego no pé e, normalmente, você percebe que a alimentação não está adequada ou então é de amamentar, você vê que aquelas crianças que ficam

amamentando muito tempo, apesar de todo mundo falar que até dois anos é o ideal, a gente vê que não é. Porque aí não pega peso, você vê que fica muito apegado na mãe, aquele enjoamento para pesar, chora, aquela amolação. E quando tira [o peito] você nota a diferença, tanto desse agarramento com a mãe quanto do desenvolvimento. Eu acho que até um ano é válido, mas vai passando disso começa a atrapalhar a alimentação.” (Haziél)

As orientações técnico-científicas da literatura e das diretrizes políticas na área de saúde não podem prescindir da observação que o enfermeiro lança sobre as crianças e suas mães/famílias no dia-a-dia de atendimentos na puericultura, possibilitando que construa alguns conhecimentos baseados nas experiências cotidianas.

A vivência profissional do enfermeiro no acompanhamento da saúde de mulheres e crianças, particularmente em casos de aleitamento materno, oferece elementos para identificar que o aleitamento materno por mais de um ano pode gerar uma situação de vulnerabilidade para a criança, desde o aspecto nutricional, comprometendo o consumo de outros alimentos importantes nessa faixa etária, até o desenvolvimento social e emocional da criança, pela manutenção de um apego intensivo à mãe, prejudicando a interação com o meio e outras pessoas. Essas observações são importantes e podem apontar para uma necessidade de maior divulgação sobre a manutenção adequada do aleitamento materno após um ano de vida, uma vez que as campanhas e divulgações de informações estão mais voltadas à amamentação exclusiva até os seis meses e à continuação da oferta de leite materno até dois anos de idade.

Um estudo identificou a escassez de produção científica sobre alimentação complementar da criança, apontando que os descritores nutrição do lactente e alimentação mista são pouco utilizados pelos pesquisadores, sugerindo que a carência de pesquisas específicas a respeito dessa temática pode estar relacionada a pouca importância atribuída a ela no que se refere à qualidade de vida infantil (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011).

As dimensões que envolvem esse tema na sua relação com o desenvolvimento da criança precisam ser mais discutidas e estudadas.

É importante que o profissional mantenha sua reflexão crítica e seu senso de observação da realidade e das particularidades de cada criança atendida, sem reproduzir automaticamente todas as recomendações feitas pela literatura, por órgãos governamentais, não governamentais ou outros profissionais. Isso é importante para que suas orientações sejam mais adequadas, efetivas e próximas da necessidade da clientela assistida. Assim, poderá defender melhor a saúde e qualidade de vida dos usuários do serviço onde atua.

A essência da reflexão crítica do profissional, além de necessária à legitimidade e segurança das práticas, é por natureza autônoma e só assim pode se desenvolver, nesse sentido, um estudo buscou analisar a representação social da autonomia profissional construída por enfermeiros de saúde pública, apontando que essa se dá de forma fundamentada em características profissionais, especialmente na responsabilidade e equilíbrio, destacando que o processo de autonomia está presente no cotidiano das ações, sendo construído no saber-fazer próprio da enfermagem, permitindo a reflexão da autonomia profissional como um avanço para a explicitação do essencial da enfermagem e para a concretização de uma vivência de atuação coerente com essa essencialidade (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

Durante os atendimentos, os enfermeiros observam a saúde da criança explorando aspectos do desenvolvimento:

“A idade que está começando a andar é aquela fase que a criança já decide se quer comer ou não, é mais difícil, não entende ainda e não quer comer, só quer brincar.” (Omael)

“Aí, você vê a dificuldade que essas crianças [sobrepeso] têm no desenvolvimento, ficam mais lentas, não conseguem fazer as coisas que outros fazem. Demoram mais para engatinhar, para ficar sentadinho... Tem até uns gordinhos, que você vai ver, já teve uns três casos que tinham anemia, e você olhava eram gordinhos.” (Haziél)

“Algumas que estão baixo peso pelo gráfico do cartão, durante a puericultura, e que já venho orientando, eu encaminho ao pediatra, mas em todas ele falou que era o biotipo delas, porque as crianças comem bem, estão se desenvolvendo bem, e os pais são miúdos.” (Uriel)

“Sobrepesos, de vez em quando, aparecem amamentados exclusivamente. Então a gente, como tem a parceria da nutrição, a gente já encaminha essa mãe. Mas no geral, depois perde fácil, porque na hora que eles começam a engatinhar, a movimentar, aí ficam no peso ideal. Mas quando eles estão com três quatro meses ficam aquelas bolinhas.” (Rafael)

A identificação de situações potencialmente vulneráveis aparece associada à observação do enfermeiro quando fica atento às características de cada faixa etária, alertando os pais ou responsáveis e desenvolvendo uma melhor orientação nessas ocasiões.

A avaliação de alterações antropométricas estende-se à observação de consequências dessas no desenvolvimento da criança. Consideramos que isso favorece a consciência do profissional quando presta um cuidado a favor de um adequado ganho ponderal da criança, sobre o quanto isso representa para sua saúde e qualidade de vida, aumentando as chances de

proporcionar à família o entendimento, para que ambos possam compartilhar de um objetivo comum de defesa do bem estar da criança nos cuidados prestados.

Na atenção à saúde infantil, o profissional deve identificar o acesso a um atendimento de qualidade como um direito da criança, reconhecê-la como um todo, priorizar a identificação precoce de sinais de risco e de gravidade, orientar a família sobre atitudes e comportamentos relacionados ao cuidado da criança, incorporar em sua prática conteúdos educativos sobre o cuidado da criança em casa, fortalecendo seu trabalho de promoção e prevenção (BRASIL, 2001a).

Mesmo quando, diante da experiência, um sinal mostra-se potencialmente fraco em relação a representar ou se tornar uma vulnerabilidade para a criança, esse não deixa de receber um olhar, uma atenção, um acompanhamento e um encaminhamento.

Houve relatos sobre a identificação de casos de depressão pós-parto durante atendimentos na puericultura, expressando um olhar para a mãe e não só para a criança, com sensibilidade, observação e interpretação no decorrer da consulta de enfermagem:

“E talvez, se eu não tivesse percebido a depressão, nem iria voltar, porque se agravasse aquela situação, às vezes nem iria voltar. E no momento, ela estava querendo até parar de amamentar porque ela não estava suportando o ato.” (Ariel)

“Uma mãe está com depressão, faltam só uns cem gramas para a criança chegar no peso. Ela vem na maior dificuldade, mora longe, mas está vindo, de quinze em quinze dias, trazer para pesar. A criança tem três meses, nasceu com menos de 35 semanas. É o segundo filho. A gestação [pré-natal] foi aqui no PSF, foi tranquilo, veio nas consultas, fez cursinho de gestante. Na primeira consulta, não sei se também porque nasceu prematuro, já percebemos que ela estava começando. Mas, como às vezes é o cansaço do parto, ficamos na observação. Mas, agora ela já está tomando medicação. No começo a gente estava até com medo, porque ela não estava mais trazendo o menino. Então, chegaram aqui duas meninas, uma de onze e uma de doze anos com o nenenzinho. Eu falei ‘Cadê ela?’ ‘Não, ela não quis vir’. Falei ‘Ela tem que vir, o neném está baixo peso e eu tenho que conversar com ela’. Aí veio a avó na outra pesagem, pedi de novo para a mãe vir. Depois ela veio, mas estava abatida, chorosa, querendo dar o peito, mas o peito não saía nada. Depois ela já veio mais umas duas vezes. A doutora também incentivou, que ela devia tentar trazer, ter interesse, se o neném está ganhando peso. Aí passou um complemento, só no peito o menino estava perdendo.” (Raguel)

Os relatos acima se aproximam de um cuidado com o binômio mãe-filho e seu meio familiar, considerando o quanto todos esses elementos refletem na qualidade de vida da criança. Apesar da identificação da depressão pós-parto da mãe, que aconteceu durante a puericultura, o enfermeiro não deixou de valorizar a presença da mãe durante os atendimentos da criança, buscando preservar o comprometimento da mãe com a criança, o que pode ser visto como uma forma de defesa da saúde da criança ao tentar contribuir para a manutenção

do vínculo, bem como de considerar as necessidades de ambos, mãe e filho, uma vez que a criança também se apresentava vulnerável, sendo pré-termo, com baixo peso e estando com sua mãe em processo depressivo.

Esse caso sugere que a equipe teve o entendimento que era preciso proteger a criança e sua relação com a mãe, levando-se em conta o papel fundamental que a figura materna tem para o cuidado infantil. Os profissionais de saúde consideraram que a presença da mãe nas consultas de puericultura representava uma oportunidade de avaliação e cuidado da equipe para com a mulher/mãe, a criança e para o vínculo entre elas. Uma das ações resultantes dessa observação foi a identificação da necessidade de introdução do leite artificial para complementar a alimentação da criança. A condução escolhida pode ser entendida como uma forma de defesa pela saúde da criança.

A depressão pós-parto é um transtorno de alta prevalência que pode comprometer a qualidade da relação entre a mãe e a criança, assim, a disponibilidade emocional traz implicações para as relações iniciais entre essa mulher e o bebê e, conseqüentemente, para o impacto dessas relações no desenvolvimento infantil (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). O apoio social percebido pela mãe, além de apresentar relação positiva para a estruturação do equilíbrio e bem-estar materno e para a responsividade do bebê, funciona como fator protetor para sintomas depressivos, o que aponta para a necessidade de se considerar a gestação e o puerpério como momentos importantes para se atuar em prol do desenvolvimento da criança (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Quando o enfermeiro frisa a idade das adolescentes que trouxeram a criança para a puericultura, e as adverte para a necessidade da presença da mãe nas próximas consultas, é um modo de estar identificando uma situação de vulnerabilidade da criança e do adolescente. Em determinadas situações, o profissional enfermeiro precisa ponderar e verificar quais e como são as necessidades de cuidado, quem está sendo desprivilegiado e quais são todos os problemas vivenciados pela família.

As pessoas enfrentam situações de vulnerabilidade, individualmente ou coletivamente, e as circunstâncias de agravo ou ameaça à saúde podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três dimensões interligadas: a individual, a social e a programática ou institucional (AYRES et al., 2006). As situações individuais, sociais e programáticas não podem ser analisadas de forma isolada, elas remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem, vulnerabilidade a quê, vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? As pessoas não são em si vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns

agravos e não a outros, sob determinadas condições e em diferentes momentos de sua vida (GOROVITZ, 1995).

Nos relatos não houve menção à visita domiciliar como uma prática que também poderia contribuir para a abordagem desse caso. O fato de o domicílio ser longe da unidade, como mencionado na fala, pode ter se tornado um fator dificultador para o enfermeiro realizar a visita. Entretanto, visitas realizadas pelo ACS também não foram citadas. O mesmo enfermeiro citou, em outro trecho da entrevista, que uma das dificuldades que encontra é o fato da área de abrangência ser muito vasta territorialmente, dificultando a presença dos profissionais no domicílio e vice-versa, sendo que a secretaria de saúde local não disponibiliza carro para realização de visitas domiciliares pelos profissionais. Percebe-se que dificuldades estruturais podem limitar a abrangência do cuidado prestado.

Nesse sentido, ressalta-se que a acessibilidade envolve a ausência de barreiras para a atenção à saúde, como geográficas, socioculturais, financeiras, organizacionais e de gênero, bem como requer que os serviços sejam aceitáveis à população, considerando as necessidades de saúde, cultura e valores locais, favorecendo a utilização dos serviços (OPAS, 2005).

Um dos princípios que norteiam a organização da atenção primária à saúde é a adscrição da clientela, em que o modelo de territorialização pode resultar em impacto positivo na acessibilidade geográfica da população coberta pela ESF, contribuindo para um dos principais ideais dos movimentos sociais, que é a acessibilidade, a qual está relacionada à concepção de saúde como direito, sendo que nesse contexto, a ESF se insere com importantes intervenções para ampliação do acesso à população, e nesse sentido, as características geográficas de alguns distritos podem impor a necessidade de maior esforço e criatividade na programação da oferta das ações, tendo como objetivos a promoção da equidade e a garantia do acesso à saúde como direito (SILVA JUNIOR et al., 2010).

Percebe-se que, entre as limitações de acesso determinadas pelas dificuldades territoriais na área de abrangência, pode estar comprometida a realização de visitas domiciliares pela equipe, importante prática de cuidado na ESF.

A atenção domiciliar está em ascensão e a enfermagem especialmente presente nesse contexto, sendo que quando essa modalidade de cuidado é realizada com responsabilidade e competência, favorece a saúde individual e familiar, devendo ser pautada no reconhecimento dos membros familiares como parceiros na atenção à saúde, que podem desenvolver práticas com maior qualidade quando recebem escuta e orientações (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011).

Há relatos nos atendimentos de puericultura que mostram a identificação pelo enfermeiro de situações clínicas:

“Essa criança um dia apareceu aqui na puericultura e chamou atenção porque estava com um tampão nasal. Falei: ‘Por que esse curativo no nariz?’, ‘Ah, porque estava sangrando o nariz, eu fui no pronto socorro, aí eles puseram esse curativo’. Aí eu falei: ‘E eles olharam a pressão da criança?’ ‘Não’. Na hora parece que vem um estralo na cabeça da gente com toda a correria. Aí busquei o aparelho, a pressão estava alta. O médico não estava aqui, aí mandei uma cartinha para o pronto socorro explicando. Aí o médico de lá encaminhou para a Santa Casa para o cardiologista infantil. Agora ela está tomando remédio e fazendo acompanhamento.” (Rafael)

O enfermeiro poderia ter aceitado a resposta da mãe, pois a criança já havia recebido um atendimento médico em função do sangramento nasal, mas interpretou o sinal apresentado por meio de uma análise mais ampla, do que poderia estar por trás daquele sangramento, e procedeu a uma avaliação individual do caso, possibilitando um diagnóstico que, quanto mais tardasse, poderia trazer consequências mais sérias para a criança. A resposta da mãe poderia, por hora, encerrar o caso, e tornar a consulta mais rápida. Mas, o enfermeiro se mostrou preocupado e realizou um encaminhamento por escrito ao Pronto Socorro, serviço que já havia atendido o caso, estabelecendo uma ação de prevenção secundária, uma das funções na ESF. Nota-se um compromisso com a defesa da saúde da criança.

Há também situações em que aparecem aspectos sobre o acesso à estrutura e insumos adequados:

“Eu tenho uma criança cardiopata de dois anos. Eles trouxeram aqui para pesar e eu percebi que ela não tava boa. Ela já estava com pedido de eco e holter, mas os pais ainda não tinham conseguido. Eles estavam até tranquilos, mas eu percebi que ela estava apresentando apneias repetidas. O que é isso para os pais, eles não sabem o que é apneia. Aí eu peguei minha moto, pedi pra eles esperarem aqui e fui lá na Regulação, expliquei, levei os pedidos, falei que a criança não estava bem, que era urgente, aí eu consegui. Agora já fez os exames, já passou pela pediatra, cardio, e está melhor, está boazinha.” (Uriel)

A vulnerabilidade identificada nessa fala está voltada para um agravo grave e urgente, de uma criança com uma patologia crônica, na qual o enfermeiro atuou não só como um potencial, mas como um real advogado da saúde da criança, identificando uma situação em que os pais poderiam não estar aptos a perceber e diferenciar, e a partir disso tomando imediatamente as atitudes necessárias para garantir o acesso mais rápido possível ao atendimento solicitado, mesmo sendo necessário utilizar-se de recurso próprio para transportar-se ao serviço onde advogaria em prol da liberação dos exames necessários à

criança. Nesse caso, a atuação do enfermeiro representou também um apoio ao trabalho de um outro profissional, que solicitou os exames, possibilitando que esses fossem realizados em tempo hábil.

Nos contextos do cuidar da criança com doença crônica e sua família, vários têm sido os desafios que se colocam às equipes de enfermagem, no âmbito da promoção, avaliação e intervenção, sobretudo em contextos de risco, agudizações da doença crônica ou nos processos de acompanhamento, ao se reconhecer e valorizar a família como parte importante do alvo da atenção, assume-se espontaneamente a parceria nos cuidados, como uma premissa no cuidar da criança, seus pais e família (CHAREPE et al., 2011).

As condições crônicas constituem problemas de saúde que demandam cuidado contínuo e envolvem uma categoria vasta de agravos que podem não ter nenhuma outra relação entre si, incluindo doenças transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades estruturais, sendo que quando isso ocorre com uma criança, a notícia inicial e momentos posteriores serão difíceis para a família, tornando-se importante que os profissionais tenham sensibilidade e ética para reconhecer que cada família possui dinâmica e necessidades únicas, assim, é importante que o profissional que aponta a possibilidade de um agravo ou dá um diagnóstico, esteja sensível aos sentimentos que a informação poderá desencadear, sabendo respeitar e desenvolver empatia com as pessoas envolvidas, e a enfermagem tem importante papel nesse sentido (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011).

Em relação ao enfrentamento de condições crônicas, a OMS destaca a importância de ações de advocacia em busca de incentivo às pessoas para criar mudanças, sendo o principal instrumento uma comunicação estratégica que possibilite conscientizá-las sobre as necessidades, mobilizando-as para atendê-las, estimulando ações em todos os níveis (WHO, 2006).

É importante destacar que Ministérios da Saúde podem desempenhar um papel central de advocacia em prol de crianças com incapacidades, traçando diretrizes que regulamentem as ações de prevenção, cuidado e reabilitação (WHO, 2008b). Embora as doenças crônicas acometam milhões de vidas, relativamente poucas ações são adotadas voltadas a esse tipo de agravo, apesar do fato de que muitas vidas poderiam ganhar em qualidade ou serem salvas utilizando-se estratégias sistematizadas de atenção a essa problemática e, diante desse contexto, a OMS busca mudar a forma de lidar com a doença crônica, tentando dissipar mal-entendidos comuns que trazem obstáculos às possibilidades de advocacia, como a concepção de que a prevenção e controle das doenças crônicas são muito caros ou que as doenças crônicas afetam principalmente as pessoas idosas (WHO, 2006).

Nas diretrizes das políticas públicas de saúde no Brasil não há especificidades para crianças com doenças crônicas, mas a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, de 2004, traz uma parte específica em relação à criança portadora de deficiência, afirmando que o cuidado integral e a promoção da sua qualidade de vida pressupõem reabilitá-la na sua capacidade funcional e desempenho humano, incluindo a garantia de diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, assistência odontológica, nutrição adequada, fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos e leites especiais, além da disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento de ações de prevenção e atenção integral a essas crianças, destacando esse último como elemento fundamental para a efetiva operacionalização dessa política (BRASIL, 2004a).

A garantia dessas ações e recursos, bem como de equipe multidisciplinar composta por profissionais com formação específica ao atendimento de cada necessidade, é expressa também no Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência, o qual trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que contou, na sua formulação, com ampla participação de atores vinculados a essa questão, como representantes de instituições profissionais e de usuários (BRASIL, 2006f).

Outras situações na observação de comportamentos das crianças também foram apontadas:

“A gente já achava a criança um pouco agitada, e a mãe sempre comentava que a filha era muito elétrica. Na puericultura, a gente perguntou para a mãe se ela já havia questionado isso com o pediatra, aí ela falou: ‘Não, nunca comentei com ele’. Eu falei: ‘Então, na próxima vez que você for você comenta’. Aí foi, comentou, ele encaminhou para uma pediatra que trabalha com essa parte para avaliar. Ela é especialista nisto, atende crianças hiperativas. Aí diagnosticou mesmo, começou o tratamento e já está 70% melhor. Ela continua vindo aqui e a gente acompanhando, e continua o tratamento com a especialista.” (Daniel)

“As mães já chegam falando: ‘Esse menino não para’. Já teve criança que na hora que eu ia pesar, que eu punha ela na maca e virava para pegar a fita, ela já não estava na maca. Já peguei uma criança na janela. Ele subiu na maca e estava quase pulando da janela do PSF. Tive que pedir para a mãe: ‘Oh, segura ele para eu tentar...’. Ele não parava, ele entrava e saía, em dois minutos na minha sala, ele saiu e entrou umas quatro vezes. Agora, ele já está com diagnóstico, fazendo tratamento, acompanhamento, já foi ao neurologista.” (Micael)

A puericultura tem sido também um espaço para as mães expressarem suas preocupações e os profissionais observarem sinais de hiperatividade, possibilitando ao enfermeiro identificar a necessidade de encaminhar a criança para profissionais que possam

realizar avaliações específicas dos casos, de forma que muitos diagnósticos têm sido feitos a partir desse fluxo, que se inicia na puericultura realizada pelo enfermeiro.

Quando o enfermeiro contribui para que o diagnóstico possa ser feito, favorece que o tratamento, quando necessário, inicie mais cedo e desse modo está exercendo uma maneira de defender a qualidade de vida da criança e da família.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) distingue a criança que está apresentando constante movimentação corporal durante a execução de uma atividade, respondendo aos múltiplos estímulos ambientais ao mesmo tempo, com uma prontidão imediata, parecendo não selecionar conscientemente a tarefa ou o objeto prioritário de sua ação (ANTONY; RIBEIRO, 2004). Histórias narradas por crianças hiperativas, em uma pesquisa, revelam sentimentos de inadequação, incompreensão e rejeição, demonstrando que essas percebem o ambiente como punitivo e intolerante, reagindo às constantes críticas numa tentativa de recusar o juízo negativo que lhe fazem, vivendo um conflito interno entre os comportamentos que não deveria ter e aquilo que é originalmente seu modo de ser e agir (ANTONY; RIBEIRO, 2004).

Quanto mais tardio o diagnóstico, mais condutas disciplinadoras inadequadas a criança sofrerá, inclusive no âmbito educacional e de cuidado cotidiano, gerando um contexto não esclarecido e desgastante para a família e a criança, protelando a possibilidade de orientações e tratamento necessários para a qualidade de vida de ambos.

Há preocupação com o acesso das crianças:

“E quando acontece, às vezes, de chegar criança também por demanda espontânea, eu atendo. Eu nunca as mando embora, a não ser que esteja um dia muito tumultuado, aí eu agendo para voltar. Mas, geralmente ninguém sai daqui sem atendimento.” (Ariel)

A fala acima demonstra uma valorização por parte do enfermeiro ao acesso e ao acolhimento, uma vez que uma demanda espontânea, para um atendimento organizado por agendamentos, pode indicar alguma necessidade real. Assim, considera-se a atitude mencionada como um compromisso do profissional com sua clientela.

A vivência profissional do acolhimento no cotidiano de trabalho é uma estratégia para lidar com eventos inesperados e com a demanda espontânea, o que está alicerçado em um direito constitucional dos indivíduos que é o direito de acesso aos serviços de saúde. Como a ESF no contexto da atenção primária em saúde é a porta de entrada desse sistema, é necessária uma postura por parte dos profissionais que permita um fluxo facilitado das pessoas, de modo que o acolhimento envolve interesse, posicionamento ético e de cuidado,

abertura humana, empatia e respeito ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

A proposta do acolhimento envolve afastar-se do cenário onde o médico é o protagonista do cuidado, ampliando a clínica realizada por outros profissionais, incluindo outras abordagens para as demandas apresentadas, não somente as biomédicas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

As narrativas dos enfermeiros trazem diferentes formas de identificação de vulnerabilidades durante a puericultura, emergindo: questões familiares, tais como a ausência dos pais que trabalham fora, avós assumindo o cuidado com as crianças, depressão pós-parto; a realização de avaliação detalhada e conseqüente início de tratamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e hiperatividade, além de facilitar o acesso a exames diagnósticos em caso de doença crônica já diagnosticada, casos em que a avaliação da criança permitiu a identificação de alteração de perímetro cefálico, alterações físicas congênitas, deficiências na alimentação, dificuldades no aleitamento materno e de desenvolvimento em sobrepesos, entre outras situações.

A assistência à criança se baseia na promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde, tendo como eixo norteador o acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por ações de monitoramento das doenças prevalentes e pelas ações básicas, como estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e vigilância da imunização, contribuindo para a qualidade de vida infantil, sendo necessário um esforço conjunto da equipe, família e outros setores sociais (MINAS GERAIS, 2005).

É preciso uma preocupação por parte dos serviços de saúde quanto às situações de maior vulnerabilidade biológica e social que envolvem as crianças, oferecendo ações específicas e facilidade de acesso, sendo essencial a longitudinalidade do acompanhamento, pois esse atributo tende a produzir avaliações e condutas mais adequadas, ressaltando-se que na atenção à saúde infantil é fundamental maior interação com a família e com a história de vida da criança (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A observação atenta, sensível e comprometida se mostrou um recurso importante para o profissional enfermeiro desempenhar sua função de forma a garantir o direito da criança à saúde, identificando suas necessidades de acesso a ações e serviços de saúde, por meio da avaliação integral realizada durante a puericultura.

Dificuldades na abordagem e condução dos casos

Nos relatos há situações nas quais os enfermeiros vivenciam diferentes tipos de dificuldades para abordar e conduzir casos apresentados durante a assistência em puericultura, apontando para incertezas de que as necessidades de cuidado e o direito à saúde das crianças não sejam atendidos.

“Tem um menininho que desde que eu vim pra esse PSF a gente acompanha. Ele comia só miojo, e engordando, engordando. E agora, ele tem cinco anos e já tem mais de trinta quilos, acho que trinta e oito. E faz acompanhamento desde pequenininho, a gente observou, até te mostro o prontuário, encaminhamos para nutricionista, para endócrino, sempre falando para a família: ‘Isso vai dar problema’. E é uma coisa que está tão na cara, que está tão previsível o que vai acontecer, só que a família não quer ver. Eu, particularmente, fico, às vezes, desorientado com certos casos, porque não tem como a gente intervir, não tem como. A gente até tenta, a gente pode dar orientação, mas a gente não pode entrar na casa e falar: ‘Você tem que fazer isso!’ Não tem como.” (Jeliel)

“A criança estava com sobrepeso, estava com dificuldade para engatinhar, já era para estar engatinhando. Aí eu acho difícil, eu fui, orientei a mãe, fiz por escrito para estar levando em um pediatra e ela não queria levar. Ela achava que estava tudo normal. Falei para ela: ‘Olha, na idade dele já era para ele estar engatinhando’. Eu dei mais um tempinho para ver se ela levava. Fui orientando a tirar o nescau do leite, o açúcar, só que eu acho difícil quando a mãe não quer e diz: ‘Não, mas está normal’. Aí fui explicar que não estava, que estava passando demais do peso e que já estava atrapalhando. Teve uma na semana passada que a criança está falando muito pouco, se não tiver falando bem até dois anos a gente encaminha para a fonoaudióloga. Orientei a procurar a fonoaudióloga, levar a criança. Ela não gostou muito: ‘Ah, não precisa porque ele é quietinho mesmo’. Eu falei: ‘Tá...mas leva, só para você tirar a dúvida se está tudo normal’. Eu oriento bem e anoto no prontuário. Tem a fonoaudióloga que atende no ambulatório, é aqui do lado.” (Miguel)

“Tinha um menininho aqui, eu estava notando, porque ao longo da experiência você vai percebendo as coisas, e eu achei que ele tinha algum probleminha. Mostrei para a doutora e ela falou que não tinha nada. Pedi, então, para levar ao pediatra e ela falou que estava tudo bem. A mãe nunca apareceu aqui, sempre trazida pela tia ou pela avó, mas sabe aquelas pessoas ignorantes, que você não pode falar nada?! E o menininho sempre baixo peso, você via que ele tinha aquela dificuldade no desenvolvimento, não era igual aos outros menininhos, o pezinho meio caidinho assim. Apesar de que depois eu ouvi falar que está tudo bem, que está andando, que está normal. Mas, aí, por causa que eu falava que era baixo peso e que tinha que dar mais atenção, pararam de trazer. A agente [agente comunitária de saúde] foi várias vezes, mas não trouxeram mais.” (Haziél)

“A gente fica em uma posição difícil em questões de famílias, têm muitas questões sociais, a gente observa muita coisa, principalmente na consulta de puericultura, que a gente fica meio amarrado. Questão da avó que cuida e a criança fica só por conta da avó. Eu tenho criança que a mãe nunca veio aqui, sempre foi a avó. Eu tenho mãe adolescente. A gente tem crianças que a mãe é deficiente mental. Nós temos esse contato, mas a gente sabe, na família como que é, é difícil intervir, é delicado. E a gente tenta abordar, mas às vezes é dificultado, porque a

gente quer não chamar a atenção, mas dar uma orientação na saúde da criança, mas a gente fica com receio se a pessoa vai processar bem.” (Uriel)

Após avaliar a criança e identificar alguma alteração ou uma situação potencial de vulnerabilidade, uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros foi lidar com a atitude de resistência dos familiares, o que pode ocorrer por um processo de não aceitação ou de não compreensão da importância dessa situação para a saúde da criança.

Destaca-se que esse tipo de reação se torna especialmente prejudicial e complexa quando envolve o grupo etário infantil, tendo em vista que a criança está em uma situação de dependência para que se faça o seguimento do cuidado de sua saúde, na falta do qual, poderá ter prejuízos das mais diversas ordens sobre a sua qualidade de vida. Assim, a necessidade do exercício de defesa torna-se real, e o enfermeiro ocupa uma posição particular em sua atuação durante o seguimento da saúde da criança em puericultura.

O enfermeiro se vê diante de uma criança com uma necessidade identificada e da possibilidade de que essa não seja atendida, tornando-se importante exercer e experimentar formas de habilidade de comunicação com a família, buscando alcançar que a família exerça seu papel de defesa da criança. Identificou-se nas falas que essa não é uma tarefa fácil para o profissional de enfermagem, de modo que uma abordagem não satisfatória, além de não alcançar os resultados esperados, pode afastar a família da equipe de saúde, e consequentemente a criança, prejudicando o acompanhamento da situação de saúde infantil.

Aqui, devemos ter a perspectiva de que o profissional de saúde tem o potencial de participar de mudanças de identidades, mobilizando a capacidade de transformação que cada indivíduo possui (AYRES, 2001), o que tende a ocorrer por meio da interação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, exigindo a percepção e o respeito à intersubjetividade (AYRES, 2006).

Diante disso, ressalta-se que o trabalho de advocacia tem a intenção de influenciar pessoas a comportar-se de determinada maneira que traga benefícios, em casa ou na comunidade (WHO, s.d.b).

Nesse sentido, o desenvolvimento da habilidade de comunicação e empatia se torna fundamentalmente importante, bem como reconhecer que não há receita pronta para tal, e mesmo que houvesse, não seria satisfatória para todos os casos.

Assim, o cuidado envolve ser sensível ao outro, estando presente, interagindo, acolhendo, responsabilizando-se, respeitando, importando-se, construindo uma atuação passível de ser chamada de cuidado (AYRES, 2004a, 2004b).

Compreender as interações que ocorrem no processo de cuidar exige a percepção das particularidades inerentes à subjetividade dos sujeitos, a multiplicidade de interpretações possíveis pela mente humana, assim como os sentimentos envolvidos (LANZONI et al., 2011).

A partir desse reconhecimento, pode-se ampliar o olhar para a compreensão de aspectos objetivos e subjetivos que permeiam o processo de cuidar. O cuidado de enfermagem é relacional, recíproco, demandando posicionamento comprometido entre profissionais e pacientes, possibilitando interações orientadas para a abertura de espaço onde a dimensão do cuidado possa ocorrer (LANZONI et al., 2011).

Nas relações com as famílias aparecem dificuldades para abordar problemas:

“Visualmente dava para perceber, a cabecinha um pouco diferente no formato, parecia que era algo diferente no formato da calota craniana, que poderia ser por algum problema no canal do parto. Primeiro eu achei a abordagem complicada, porque você falar que tem alguma coisa de diferente com o filho para a mãe....Porque a criança uma gracinha, mas a gente via que tinha algo diferente. Notei na puericultura, antes eu até conversei com o agente [agente comunitário de saúde] para saber mais, a gente tira uma opinião, mas foi depois, na puericultura que eu abordei, e aí encaminhamos para o pediatra avaliar.” (Jeliel)

O relato acima traz um momento delicado: o de abordar, com a família, a identificação de alguma alteração na saúde da criança, que pode apresentar uma gravidade maior. É importante que o enfermeiro seja sensível à complexidade que essa informação pode representar para a família, de modo a preocupar-se em buscar uma maneira mais adequada para falar sobre o assunto, construindo um movimento em que ao mesmo tempo informa e orienta, mas também apoia e compreende, estendendo o cuidado da criança também à família.

É interessante notar o fluxo percorrido na puericultura como o espaço de identificação e de abordagem de algumas questões, mas houve um momento intermediário com uma conversa com o agente comunitário de saúde, na qual o enfermeiro buscou conhecer melhor a situação e encontrar subsídios que apontassem para uma melhor maneira de falar com a família. Isso mostra o reconhecimento da importância do elo com o ACS e das informações sobre a família que ele porta, resultando em sua inserção nas ações voltadas à saúde da criança e família.

Outros relatos também trazem dificuldades ao se depararem com situações familiares complexas:

“O pior é que a avó falou assim: ‘eles não podem nem saber que eu vim aqui, nem a mãe, nem o pai’. Porque senão ia piorar, talvez eles nem deixariam ela proteger a menina. E o agente comunitário estava afastado, ele ficou três meses afastado.” (Miguel)

“Eu tenho um caso aqui muito triste, de uma menina de quatro anos que tava sendo abusada pelo pai e a avó trouxe. Ela falou que a mãe ainda não sabia. Eu não sabia o que fazer! Aí pedi para o ginecologista avaliar a menina, ele estava aqui na hora. Eu chorei, o ginecologista chorou. Encaminhei para o Conselho Tutelar. Mas, faz pouco tempo, ainda não tive retorno, pedi para a avó voltar aqui, mas ela ainda não retornou. A mãe trabalha o dia inteiro e o pai só durante a manhã. A avó ouviu uns comentários da menina, e ficou sem jeito de falar com a filha. Mas, ela pensa que talvez sua filha já desconfie, porque do nada proibiu o marido de dar banho na menina. É delicado, a gente não sabe o que fazer e a gente também fica chocada. É difícil.” (Uriel)

As falas acima mostram preocupações na atuação profissional diante da suposição ou confirmação de casos de abuso sexual em criança, especialmente quando a violência ocorre no âmbito familiar.

Chama a atenção que nos casos relatados por dois profissionais o problema foi identificado e levado ao enfermeiro pela avó. Isso pode evidenciar certa tendência de dificuldade apresentada pelas mães para identificar e avaliar essa delicada questão, bem como aponta o enfermeiro do serviço de atenção primária como uma referência importante para as famílias na comunidade, enquanto as avós, nos casos descritos, representaram importantes defesas das crianças nesse tipo de situação.

Casos de violência praticada por familiar ou responsável, muitas vezes, são ocultados pelas próprias mães, principalmente quando essas situações envolvem seus companheiros, padrastos ou o pai biológico, sendo que isso costuma ocorrer em função de esses serem os provedores do sustento da família, por dependência afetiva ou por medo frente a ameaças (NERY, 2010). Nesses casos, em que a criança convive com o agressor sob o mesmo teto, o ECA estabelece o afastamento do agressor da moradia (BRASIL, 2006a), o que tem difícil aplicação quando não existe o apoio da mãe para que isso seja cumprido, tornando fundamental o fortalecimento mútuo entre profissionais e setores para que consigam atuar efetivamente em prol da proteção da criança.

O enfermeiro se mostra inseguro em relação a uma atitude mais efetiva de defesa em prol da criança, a qual pode estar vivenciando uma grave situação de violação de seus direitos, o que pode gerar intensas repercussões negativas em sua saúde mental e qualidade de vida, por meio de marcas que poderão se arrastar para a vida inteira. Chamou a atenção a ausência de menção da visita domiciliar como uma estratégia utilizada pelos enfermeiros no processo de enfrentamento dessa problemática. Destaca-se também, em uma das falas, que o

encaminhamento ao Conselho Tutelar parece ter sido feito como uma forma de transferência de responsabilidade, sem a interação e envolvimento exigidos diante da gravidade do caso e do status de dependência de proteção que a criança vivencia.

A fragilidade na atuação, descrita pelos profissionais, revela um importante desconforto por parte do enfermeiro na abordagem desse tipo de situação, apontando para a necessidade de reflexão sobre a proteção das crianças.

A atuação do enfermeiro deve ter como eixos norteadores a ética, os direitos humanos e a cidadania. A saúde é um valor humano agregador de outros, de forma que os profissionais dessa área encontram desafios que trazem em si dilemas éticos, sendo necessário refletirem criticamente sobre as questões que se apresentam em sua prática de trabalho junto aos usuários dos serviços de saúde, buscando atuar de maneira ética e cidadã (BELLATO; GAIVA, 2003).

A dificuldade de investigar casos que trazem a possibilidade de violência física contra a criança também foi revelada por alguns entrevistados:

“Nós recebemos uma denúncia dos vizinhos que a mãe estava com maus tratos com a criança, judiando mesmo, batendo. Só que durante a puericultura a gente não conseguia detectar nada, porque a criança sempre estava muito bem, você perguntava para a mãe ela falava tudo, não dava margem de dúvida ali no que ela estava fazendo. Então, resolvemos passar para o Conselho.” (Ariel)

“... E o cara [namorado da mãe adotiva], depois descobrimos, ele batia no menino. A criança apareceu para pesar uma vez com o bracinho quebrado, já coladinho. Aí, ela [mãe adotiva] falou: ‘Ah, ele estava lá na minha sogra, eu não sei o que aconteceu e ele quebrou o braço’. Depois, uma vez o menino com o olho roxo. Ela falou que ele tinha caído do berço, que tinha tido até uma parada e foi para o Pronto Socorro. Eu e o doutor ficamos assim...” (Haziél)

Aqui, também, chama a atenção o fato do enfermeiro não falar sobre a visita domiciliar, numa situação em que a puericultura não foi suficiente como espaço de investigação da conduta familiar com a criança. Informar o caso ao Conselho Tutelar parece ter sido a alternativa selecionada por uma das equipes para dar continuidade à investigação. A atitude de buscar garantir um seguimento por outro serviço é importante e já se configura como uma forma de defesa, entretanto, alguns potenciais de ação da ESF não foram citados nas falas, como a visita domiciliar e o trabalho em equipe.

Muitas vezes, o caso de uma criança vítima de violência intrafamiliar não é claro e fácil de ser diagnosticado, mas pode estar presente um conjunto de múltiplas pequenas evidências relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência ou abuso, sendo muito

importante a capacidade de diagnóstico diferencial por parte da equipe de saúde, o que poderá evitar muitas consequências para a criança, incluindo lesões secundárias mais graves, causas importantes de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2002e).

A violência contra crianças deve ser reconhecida como um problema de saúde pública, tendo em vista as altas taxas de morbimortalidade que ocasiona, sendo que entre esses crimes estão: lesão corporal (violência física), maus tratos (negligência ou agressão), ameaça (violência psicológica), abandono de incapaz, violência sexual, corrupção de menores, entre outros, sendo o domicílio o principal local onde esses atos acontecem, enquanto o agressor tende a receber a cumplicidade de outros membros familiares (GARBIN et al., 2011).

De acordo com o ECA, em seu Art. 18, “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 2006a, p. 13).

Os profissionais de saúde devem ficar atentos para os casos suspeitos e realizar a notificação, inclusive estando sujeitos a penalidades na forma de multa nos casos de omissão, de forma que seu papel é fundamental, tendo em vista a sua possibilidade de contato direto com as crianças e seus familiares, as quais, muitas vezes agredidas por seus responsáveis, não têm oportunidade de procura por ajuda (GARBIN et al., 2011).

O não acompanhamento com regularidade foi apontado como dificuldade:

“A mãe também não trazia na puericultura. Mas, agora ela tem bolsa família do caçula. Aí eu falei para ela, eu menti: ‘Olha, se você não vier, vai cortar sua bolsa, e seu menino está baixo peso’. Então, era a minha obrigação, até falei: ‘a assistente social vai à sua casa porque você não está trazendo, a vacina está atrasada’. Aí ela falou assim: ‘Não, tudo bem, eu vou trazer’. Aí ela começou a frequentar regularmente a puericultura, por causa da bolsa família e por causa da questão da assistente social.” (Haniel)

Os casos em que a equipe não está conseguindo alcançar a adesão da mãe para trazer a criança na puericultura são vistos como dificultadores, e a pressão e a ameaça por parte dos profissionais acabam sendo as estratégias selecionadas. Na fala acima, o enfermeiro reconhece que não usou apenas informações verídicas com a mãe. Em uma situação como essa se insere uma discussão sobre bioética. Por um lado, o profissional faltou com a verdade e, por outro, fez isso buscando garantir o direito da criança de acompanhamento por um profissional de saúde.

As reflexões cotidianas que regem a tomada de decisões são guiadas essencialmente por valores, experiências prévias e princípios morais e éticos. Em relação ao processo de cuidar em saúde, em especial o da enfermagem, na prática surgem dilemas de ordem ética,

evidenciando a importância que essa adquire para os enfermeiros no seu dia a dia de trabalho, mostrando-se necessário articular o ensino da bioética com a prática do exercício profissional da enfermagem, o que deve ser feito com relevantes abordagens de problemas cotidianos (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

Além disso, em relação à situação relatada acima, soma-se o fato de que o Programa Bolsa Família define para o setor Saúde o acompanhamento nutricional e o cumprimento do calendário de vacinação das crianças menores de sete anos de idade, como uma das condicionalidades da saúde para a implementação do referido programa (BRASIL, 2008d).

O Programa Bolsa Família é uma das estratégias importantes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (1999), tendo sido identificada ineficácia na cobrança pelo cumprimento das condicionalidades previstas no programa, o que favorece conformismo por parte dos usuários e a possibilidade de clientelismo, mostrando-se necessária maior participação dos profissionais e da sociedade na sua vigilância e controle, empenhando esforços para que esse programa não adquira caráter puramente assistencialista (BRASIL, 2005b).

Há situações em que ocorrem decisões familiares que não seguem as orientações técnicas para o cuidado da criança:

“A gente tem uma criança prematura e que nasceu com síndrome de Down. Antes, ele tinha maior necessidade de visitas, porque usava sonda nasoentérica. Só que um dia, a mãe, por conta própria, tirou a sonda. Eu fiz a visita e encontrei a criança sem a sonda, fiquei com medo da criança aspirar. Pensei: ‘Nossa, ela vai morrer’. Aí eu conversei, pedi para ela não tirar, expliquei os riscos, que não estava com critério para tirar. Ela falou: ‘Não, não vai acontecer nada’, eu falei: ‘Vai, vai aspirar’. Ela não quis nem saber, tirou mesmo! Aí demos um voto de confiança à mãe, e fomos observando mais. Mas, graças à Deus, tem um ano e meio que ele está sem a sonda, por conta da mãe, e não aconteceu nada. Aí deu certo, graças a Deus!” (Haniel)

As decisões não se mostram fáceis ao enfermeiro, de como agir quando a mãe vai contra uma orientação técnica profissional, estando ciente disso e decidida sobre a conduta. A primeira reação tende a reforçar a orientação profissional. Mas, quando isso não altera a situação, o enfermeiro se vê diante de um quadro que se preocupa com as possíveis consequências para a criança, mas reconhece que a autonomia é da mãe e que uma postura prescritiva e autoritária pode não levar a resultados quando sai do domicílio e a responsabilidade do cuidado cotidiano pela criança fica com a família.

Na fala acima, o enfermeiro parece ter feito uso de bom senso para avaliar a gravidade e urgência do caso e optou por maior vigilância pela equipe da ESF para ir conduzindo a

situação, não deixando de atuar no sentido da proteção da criança. Esse é um tipo de situação em que o desfecho não é imediato e não há receita de atuação, de modo que o profissional pode não ter certeza de que está tomando a conduta adequada, permanecendo preocupado com o caso.

Para cuidar da criança prematura no domicílio é preciso reconhecer que ela apresenta especificidades que exigem atenção e dedicação, que as mães tendem a expressar preocupações e insegurança e que as competências da família para o cuidado no domicílio estão relacionadas à compreensão das respostas da criança, às questões sociais, financeiras e culturais, que influenciam o entendimento e aceitação da situação (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Sabe-se que as crianças que têm alta de unidades de terapia intensiva neonatal devem ser inseridas na rede de Atenção Básica à Saúde, tornando-se necessário reconstituir o cuidado a essas crianças e suas famílias, agora no nível da atenção primária, sendo fundamental nesse processo o diálogo, com articulação entre os saberes técnicos e práticos, por meio de uma abordagem que valoriza a interação entre sujeitos, famílias e profissionais da saúde (VIERA; MELLO, 2009).

Nesse contexto, é desejável a aproximação entre a família/criança e a equipe de saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma assistência humanizada, de modo que os profissionais devem permitir que mães e familiares expressem as suas necessidades e sentimentos (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Há situações que envolvem observação e respeito:

“A mãe tem HIV e se identifica como portadora. Ela faz tratamento, é extremamente saudável, cuida direitinho. Das crianças também ela cuida super bem, nesse aspecto nós não temos problema. Fez o pré-natal com o ginecologista do ambulatório e depois no PROMAI, mas agora ela fez laqueadura. Supomos que a criança do meio ficou portadora, por não ter tido os cuidados durante a gravidez. Hoje ela tem uma vida estável, mas antes não, cada hora estava em um lugar, não tinha os cuidados necessários. O mais novo está com uns três aninhos, os outros na faixa de sete e oito anos. Eles acompanham aqui, ela trás direitinho. Só que ela não abre para o agente nem para mim, para ninguém. Em relação às crianças ela não fala nada. Eu percebo que ela não se sente à vontade para eu fazer questionamentos. Eu pergunto para ela questões da saúde das crianças, e eu já dei a abertura para que ela me falasse, ela não quis falar. Eu respeitei, até porque ela tem o gênio muito forte, ela tende a implicar, se ela implicar comigo a gente não consegue acompanhar. E eles estão bem. Ela sempre traz na puericultura, às vezes atrasa um pouquinho, mas sempre traz. E isso traz uma segurança pra gente, a gente saber que estão bem cuidados.” (Remiel)

A fala acima aborda um caso em que o enfermeiro precisou ser observador, escolhendo percorrer um caminho de atuação baseado na ética e no respeito à decisão de uma

mãe, portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), de não falar sobre a condição sorológica de seus filhos. O profissional se mostra sensível a sua percepção de que, nesse caso, terá mais chances de continuar acompanhando a saúde das crianças se não ultrapassar o limite de informações que a mãe decide fornecer. Ele se preocupa com a possibilidade de afastamento da mãe, o que dificultaria a identificação de agravos na saúde dos filhos, deixando-os em uma situação mais vulnerável. Além disso, o enfermeiro respeitou o direito de decisão do usuário sobre com quem compartilhar informações a respeito de condições sorológicas, entre outros dados.

Evidencia-se que a diferença entre homens e mulheres, em relação à infecção pelo HIV, vem passando por uma notável diminuição ao longo dos anos, visto que em 1983 a proporção era de 40 homens para cada mulher com AIDS, já em 2010 essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2011b).

Diante desta conjuntura, com a evolução da epidemia de AIDS no Brasil, afetando de forma significativa as mulheres, o controle da transmissão vertical do HIV configura-se como um novo e importante desafio a ser enfrentado (BRASIL, 2010b), cabendo mencionar que, com relação ao HIV em gestantes, foram notificados 5.666 casos, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos, em 2010 no Brasil (BRASIL, 2011b).

Neste cenário, em que ocorre a feminização da epidemia da AIDS, torna-se necessário uma resposta intra e intersetorial, que inclua análise e acompanhamento adequado de todas as variáveis e fatores associados, buscando o enfrentamento dessa problemática (BRASIL, 2011c).

Muitas mulheres soropositivas para o HIV, mesmo orientadas sobre métodos contraceptivos, transformam seu desejo de ser mãe em realidade, devendo ter seus direitos reprodutivos respeitados, embora muitas vezes essas mulheres desenvolvam sentimentos como culpa, angústia, superproteção do filho e preocupação com o preconceito (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

Nesse contexto, a existência das práticas de ocultamento e silenciamento é comum entre familiares de crianças portadoras do HIV, tanto na relação com a sociedade quanto na relação com a própria criança, como resultado de uma construção social discriminatória e excludente (GOMES; CABRAL, 2010).

A questão da humanização dos profissionais em serviços de saúde é um fator importante, havendo escassez de orientações acerca do manejo adequado para pacientes soropositivos, o que gera constrangimento por parte dos usuários, especialmente em relação ao diagnóstico, sendo preciso respeitar o sigilo, sobretudo porque muitos pacientes sofrem

pelo medo do estigma decorrente da doença, principalmente quando pensam no futuro do filho, tornando-se relevantes e necessárias discussões com profissionais de saúde sobre a abordagem e o cuidado humanizados direcionados a essas mulheres e crianças, cabendo-lhes contribuir para amenizar os dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

A seguir, emerge a identificação da necessidade de um respaldo profissional proveniente da área do Direito, sobre o caminho de condutas percorrido pelo enfermeiro:

“Têm alguns casos também que a gente não sabe até onde pode ir, e hoje em dia pode-se processar por qualquer coisa. Aí, geralmente, eu tiro dúvida com minha irmã advogada. Lá na COHAB [outra área, mais vulnerável, onde ela trabalhava anteriormente] às vezes eu tinha muito problema com família, muito mesmo. Então, toda hora eu ligava para ela.” (Haniel)

“Escola, por exemplo, já ouvi muito assim: ‘Ah, não tem vaga pro meu menino aqui, tive que colocá-lo lá longe’. Aí eu falo: ‘Mas, você tem o direito, você já ligou, já conversou?’, ‘Não’, ‘Então vamos saber sobre isso’, ‘Olha, isso aqui eu não sei, mas vamos procurar saber, você vem aqui, você me retorna? Vem aqui amanhã de manhã, a gente faz umas ligações’. Porque as vezes é num momento de consulta, você tem que ser mais rápida.” (Gabriel)

Destaca-se que essa necessidade foi apontada por um entrevistado que atua em uma comunidade de maior vulnerabilidade social. Chama a atenção, também, que esse apontamento emergiu de um enfermeiro que parece ter um convívio pessoal com um advogado, e por isso pode ter tido oportunidade de conhecer as contribuições que esse profissional pode trazer para sua atuação em saúde.

Nota-se a compreensão do enfermeiro de que a abordagem de questões sobre direitos também faz parte de sua atuação na saúde. Para conseguir realizar essa abordagem, a partir de uma necessidade identificada durante a conversa com a mãe na puericultura, o profissional encontra alguns limites, como a falta de domínio sobre informações nessa área e a falta de tempo disponível durante a rotina desse atendimento. Entretanto, o enfermeiro não negligencia o tema, realiza uma primeira orientação, expõe para a mãe que também não detém muitos conhecimentos sobre o assunto, e propõe um segundo encontro, com mais tempo, para que possam buscar saber mais sobre os direitos envolvidos na situação. A proposta de, em conjunto com a família, tentar atuar no exercício dos direitos da criança traz a oportunidade de experimentação desse posicionamento ativo, o que poderá contribuir para que os usuários tenham a iniciativa de advocacia por seus próprios direitos numa próxima oportunidade, num processo emancipatório continuado.

O cuidado ultrapassa a atuação tecnicista, sendo sensível às várias dimensões das necessidades da pessoa cuidada, buscando conhecer e considerar as demandas apresentadas, que podem envolver questões éticas, morais, políticas e de direitos, entre outras (AYRES, 2009).

Assim, explorar as relações entre saúde e direitos é uma tarefa importante no cuidado à saúde, que pode qualificar nossas práticas e agregar novos conhecimentos (FRANÇA-JÚNIOR; AYRES, 2009).

O respeito aos direitos do outro, necessário no cuidado humanizado, requer um aprimoramento educacional e interdisciplinar, sendo também um processo de decisão interior de cada indivíduo, assim, a formação profissional influencia a prática cotidiana, embora algumas atitudes referentes ao respeito ao outro, estejam ligadas à formação pessoal, sendo importantes investimentos no desenvolvimento de competências, sendo dever do sistema de saúde e dos serviços trabalhar nesse sentido, orientando e capacitando seus profissionais, mantendo uma atitude aberta às dificuldades dos mesmos, valorizando as iniciativas pessoais e institucionais, criando condições que possam garantir que os direitos das crianças nas instituições de saúde sejam um espaço de exercício cidadão (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010).

O caráter delicado de algumas situações, a resistência por parte de alguns familiares diante de informações e orientações sobre a criança, a falta de comparecimento nos atendimentos ou de adesão da família às orientações, as dúvidas e insuficiência de indícios sobre a possibilidade de violência infantil, o caráter de sigilo de algumas informações relacionadas à saúde da criança, a falta de conhecimentos amplos sobre direitos e questões legais, o curto tempo disponível em cada atendimento, entre outras questões, emergiram como dificuldades nas narrativas dos enfermeiros para o cuidado da criança vivenciado durante as consultas de puericultura.

O grau de satisfação no enfrentamento e resolução dessas situações poderá refletir na saúde e qualidade de vida das crianças, de forma que quanto mais o enfermeiro comprometer-se e quanto mais hábil se tornar para lidar com as problemáticas apresentadas, mais promissora é sua atuação na proteção e defesa da saúde da criança.

A visita domiciliar como parte das ações no contexto de defesa

A visita domiciliar emergiu dos relatos dos enfermeiros como um espaço de ações de proteção e defesa da saúde infantil.

Nesse tema, os dados foram agrupados nos seguintes subtemas: Observação e intervenção para o cuidado da criança em casa; Apreensão de situações de privação; O uso de álcool e drogas pelos pais.

Observação e intervenção para o cuidado da criança em casa

A visita domiciliar apareceu como um momento diferencial para vigilância da atenção à saúde da criança, resultando em observação e avaliação da situação, identificação de vulnerabilidades, desenvolvimento de orientações, solicitação da atuação de outros profissionais e interação entre a equipe.

“Aqueles mães rebeldes, que não trazem para pesar, a gente vai, eu mesma vou atrás, vou conversar, saber o porquê. A gente só de ver a casa, já vê que é situação mais precária mesmo, esses casos que as mães não trazem.” (Uriel)

“Uma senhora tem quarenta e dois anos e já está no o décimo filho. Não faz muito tempo que ela está na área, então eu não sei muito bem como foi antes. Os filhos dela estão todos sem assistência, só recebem visita. Para dar assistência, o médico tem que ir lá, porque ela não vem aqui. As diretoras de escolas ligam aqui, perguntando o que eu posso fazer. Eu estou meio de mãos atadas. Eu já pedi ajuda ao NASF e está todo mundo unido em prol disso, mas depende muito da mãe. Olha, para te falar a verdade, eu acho que vai ter que entrar promotor, vai acabar nisso, porque a mãe, mesmo que ela queira, não tem como. Ela está com um neném novo de menos de dois meses, não fez teste de pezinho, não fez nada, está sem vacina, sem tudo. E é um atrás do outro, uma escadinha. Então, ela nem sai de casa. Eu acho que a nossa equipe vai ter que ir atrás de algumas coisas. A necessidade dela é tudo, é alimento, é social, econômico, tudo que você imaginar, é um caso grave. Ela foi registrar o bebê e não tinha documento, o menino está sem registrar até hoje. O pai da criança ela nem fala quem é. Moram só ela e as dez crianças. Na escola dão muito problema de déficit de atenção, não fazem tarefa. Laqueadura, não se faz no parto, e depois é mais difícil conseguir, por isso que ela está até hoje assim.” (Caliel)

“Uma mãe que já inteirou sete filhos. Os dois últimos, a gestação não demorou nem um ano. E cada um é de um parceiro. Mas, quando eu fiz a pergunta para ela, ela falou que não quer operar [laqueadura] porque a religião não permite. Ela também tem problema mental. Outros métodos nós já tentamos, não dá certo. A criança mais nova tem uns dois meses, a outra está com um aninho e pouco, e o que frequenta a APAE tem uns seis anos. É difícil, é constante, a agente de saúde chega e me passa. A gente vai, faz visita, eu vou, a doutora vai.” (Raguel)

“É só na visita mesmo, porque na puericultura eles não trazem. Nunca trouxeram. E nem adianta orientar, eles são bem resistentes. Até as visitas, eles não aceitam muito. Eles acham que não precisam do sistema. Se está doente, eles mesmos fazem aqueles trabalhos, eles usam essas outras estratégias e por mais que você oriente. E isso quando dá para orientar, porque esse tipo de pessoa, eles são até violentos, são até agressivos com os agentes, que ficam com receio até de falar alguma coisa, de insistir muito. Então, a gente procura ir devagarzinho, à medida que vai acontecendo, aos poucos.” (Daniel)

A visita domiciliar é um diferencial da Estratégia de Saúde da Família, podendo representar, algumas vezes, o único contato da equipe com a criança e sua família e, assim, uma maneira por meio da qual o profissional poderá identificar situações de vulnerabilidade infantil, disparando as ações que se mostrarem necessárias.

Os relatos acima trazem exemplos de quando a família não utiliza com regularidade os serviços de saúde, situação mais comum em contextos socioculturais vulneráveis, tornando ainda mais importante a atitude de vigilância e de proteção da saúde infantil por parte dos profissionais de saúde. Paradoxalmente, se por um lado a presença do profissional tende a ser mais necessária, por outro também tende a ser mais delicada e complexa, principalmente na relação interpessoal com a família.

Nesse sentido, destaca-se a visita domiciliar como uma estratégia para reduzir o isolamento familiar em relação aos serviços de saúde, emitindo esforços, a partir dela, para a busca de recursos e serviços necessários frente aos problemas vivenciados pela família, advogando-se por ela e por suas crianças (MCLNTOSH; SHUTE, 2007).

Além disso, os relatos acima reforçam o entendimento de saúde como elaborado na 8^a Conferência Nacional de Saúde, que a define como resultante de um conjunto de determinantes sociais, reconhecendo o ser humano como integral e a saúde como qualidade de vida, de forma que muitos dos direitos presentes na Constituição, em especial o da saúde, exige a garantia de condições de vida adequadas, sendo a desigualdade e a exclusão social desafios na garantia dos direitos de saúde dos usuários dos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Nesse sentido, destaca-se a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída pelo governo federal em 2006, que vem contribuindo para o revigoramento de compreensões que vinculam a saúde à necessidade de iniciativas civilizatórias, enfatizando que uma vida humana saudável depende, entre outros fatores, de educação de qualidade, trabalho, renda, moradia digna, alimentação de boa qualidade, saneamento básico e serviços de saúde resolutivos, reafirmando o compromisso do Estado com o direito à saúde e com a qualidade de vida da população, e valorizando, ainda, um

ambiente social de cooperação, solidariedade e respeito à diversidade sociocultural (BRASIL, 2007c).

Nas falas acima aspectos da situação social das famílias foi associado ao número de filhos e de gestações, de modo a analisar que influenciam negativamente famílias e crianças, estendendo-se até as escolas e equipes de saúde, quando as ações dos profissionais têm impactos limitados. Isso mostra a importância de investimentos das políticas públicas e dos profissionais de saúde em ações que envolvem os direitos reprodutivos, que repercutirão positivamente na saúde das crianças e famílias. Há momentos da prática profissional do enfermeiro que é preciso lidar com as questões dos direitos atuando no planejamento familiar como uma forma de proteger a saúde infantil e da mulher.

Direitos reprodutivos são direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Trata-se do direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas e, dessa maneira, envolve o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, incluindo também o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição ou violência (BRASIL, 2006e).

Entre os direitos sexuais e reprodutivos está o planejamento familiar, que representa um conjunto de ações e recursos tanto para auxiliar a ter filhos, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, com garantia de liberdade de escolha, sendo que o planejamento familiar é um direito assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, devendo ser garantido pelo governo, com livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, não podendo haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos (BRASIL, 2006e).

Nesse sentido, para se atender a criança de forma humanizada e individualizada, por meio de ações pautadas na promoção da saúde e na integralidade, não se pode dissociar o contexto educativo e cultural no qual se insere a mãe e seu filho, sendo preciso entender melhor a família, compreender e respeitar seus modos de vida, podendo assim prestar uma atenção de maior qualidade à criança, em que a prática profissional deve estar sempre permeada por reflexões e passível de transformações (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

A atuação profissional ética e comprometida com os direitos reprodutivos exige discernimento e responsabilidade por parte do enfermeiro e dos membros da equipe, devendo haver envolvimento com sua missão de proteção do direito à saúde infantil no contexto familiar, bem como clareza da situação de vulnerabilidade e impossibilidade de auto-defesa da criança. Desse modo, o posicionamento do enfermeiro diante de tais situações tem reflexos

importantes na atitude que a equipe irá adotar, tendo em vista o papel coordenador, supervisor e educador desempenhado por esse profissional no âmbito da ESF.

Nas Unidades de Saúde da Família (USF), os enfermeiros desenvolvem, no dia-a-dia, múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação, ampliando suas responsabilidades, de modo que seu fazer gerencial nas USF deve envolver uma prática pedagógica transformadora, devendo essa gerência estar articulada a um processo maior que é o gerenciamento em saúde, que no caso da ESF, a responsabilidade dos processos de supervisão e formação amplia-se, atrelado ao fato de que além da equipe de enfermagem, encontram-se inseridos também os ACS (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008). Na sistematização do saber do ACS, a partir do cotidiano do seu trabalho, é imprescindível a organização da supervisão, cabendo, muitas vezes, ao enfermeiro a responsabilidade de promover processos de reflexão contínua, de modo a favorecer a compreensão da realidade em todas as suas dimensões, levando à construção de uma prática mais integral (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Na enfermagem, a supervisão tem papel fundamental no gerenciamento da assistência, e o enfermeiro, como líder de sua equipe, deve exercê-la continuamente, propiciando a melhoria da qualidade da assistência, promovendo a educação permanente com base em orientações, sendo essa uma atribuição fundamental no desempenho da função de supervisão (AYRES; BERTI; SPIRI, 2007).

Outro aspecto que foi mencionado diz respeito à liberdade do profissional em atuar nos domicílios:

“Eu tenho liberdade de ir à casa para eu saber o que está acontecendo. Então eu acho muito bom, porque quanto mais a gente vai ficando na área, já vai fazer um ano e meio que eu estou aqui, aí você vai conhecendo mais e tendo mais liberdade.” (Miguel)

A permanência do enfermeiro na área de abrangência aparece como um fator facilitador para, continuamente, conhecer e se sentir mais próximo das famílias para uma abordagem nos domicílios, aspecto muito relevante para o cuidado à família e à criança. A prática profissional da visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho importante no contexto da ESF, e a saúde da família acaba por refletir, intimamente, na saúde da criança.

Tradicionalmente, a enfermagem tem sido uma das profissões da saúde que mais convive com a família, e o cuidado centrado na família tem representado um desafio para essa profissão. Na enfermagem pediátrica considera-se importante a reflexão acerca das possibilidades de cuidado à família por meio da atenção à criança, sendo necessário um

ambiente que favoreça o relacionamento entre enfermeiro e familiares, destacando o potencial de parceria entre eles em todo o processo de atenção à saúde (PINTO et al., 2010).

O cuidado domiciliar exige competências voltadas ao cliente, família e comunidade, tornando o profissional capaz de conquistar os membros familiares como parceiros no cuidado, o que demanda escuta, respeito e capacitação para exercerem funções de cuidadores com qualidade e humanização (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011).

Desse modo, apresenta-se a perspectiva de um cuidado diferente daquele desenvolvido dentro dos limites e do ambiente conhecido da unidade de saúde. Aqui, ganha vigor o cuidado no ambiente que é da família, deve ser construído por meio da interação intersubjetiva entre profissionais de saúde, pessoa cuidada e sua família, formando relações de responsabilidade compartilhada entre esses sujeitos (AYRES, 2001).

Durante as visitas domiciliares no período puerperal também aparecem várias demandas para o profissional enfermeiro:

“A amamentação dá para acompanhar bem, até por já ter o curso de gestante aqui, já sair da Santa Casa orientado e depois na puericultura. Assim, na hora que a mãe sai da Santa Casa, tem a alta, o agente já me fala. O agente vai e visita primeiro. Eu pergunto ‘Como está? Está amamentando?’ Se fala que está amamentando bem. Às vezes, eu faço a visita no outro dia ou espero uns dias. Agora, se fala que está com algum problema eu vou no mesmo dia.” (Miguel)

“A gente tem trabalhado a amamentação direto [sempre] no curso de gestante. E, normalmente, elas têm ficado empolgadas a amamentar, durante o curso. E a gente já deixa a abertura, porque a dificuldade vai vir quando o neném chegar, quando o peito rachar, quando ficar todo ingurgitado. E aí vai precisar do apoio do profissional, e se o profissional não tiver ali naquela hora, é ali que ela vai parar. Então, tem que ter a atividade educativa no curso. Mas, a gente tem que estar preparado para dar assistência na hora que isso acontecer, fazer visita e ajudar, porque senão mesmo sabendo, ela vai sentir dor, ela não vai conseguir, ela entra em pânico, porque o neném está chorando, e vai optar pelo outro.” (Daniel)

“Quanto à amamentação, a gente faz a visita de puerpério, orienta. Muitas mães depois da visita nos procuram, pra gente ir na casa de novo para ordenhar, ou elas vêm nos procurar para orientação.” (Micael)

“Quando o agente passa na casa para saber, para encaminhar para mim, a gente já procura, nessas primeiras avaliações, estar vendo se ela tem alguma dificuldade, se é uma mãe de primeiro filho, se ela amamentou anteriormente. O último caso que eu tive, foi com uma mãe que teve o bebê e a gestação em outro município, ela mudou para cá faz pouco tempo. E ela veio com as mamas ingurgitadas, com bastante dificuldade. A gente tentou ajudá-la de todas as formas, fazendo o esvaziamento das mamas, fornecendo toda orientação e, além disso,

ainda encaminhamos para o PROMAI [Programa Materno Infantil da Santa Casa] para mais uma avaliação, mas conseguimos.” (Remiel)

“A gente acha muito importante desde o momento do pré-natal já criar esse vínculo da equipe com a família, porque essa mulher que é acompanhada no PSF é diferente. Tem casos, às vezes, ela está dentro da Santa Casa e liga avisando que está indo ganhar neném. Apesar da gente ter a data provável [de parto], ela mesma já avisa ou um familiar. Então, é importante fortalecer esse vínculo já no pré-natal, para assim que possível a gente já, o mais rápido possível, fazer essa visita, o agente já fazer e o enfermeiro também.” (Rafael)

“A gente conversa muito, já tive um caso de uma mãe de primeira viagem, que não tava conseguindo amamentar de jeito nenhum, ela estava ficando nervosa e falando até em separação do marido. Aí cheguei, sentei, ajudei-a a amamentar, a criança demorou um pouco, mas conseguiu. Conversando com ela, ‘Olha é uma coisa nova né, é família, você tem que ir com paciência’. Orientei que se ela quisesse passar no psicólogo, perguntei primeiro né, o que ela achava, aí ela falou ‘Acho que sim’. Ai eu fiz um encaminhamento. Acho que é de muita sensibilidade, tanto pra mulher quanto pra família.” (Gabriel)

“Aí na hora que o peito racha, elas já avisam: ‘Está rachado, o que eu faço?’ A gente vai, avalia, orienta, ordenha, as agentes também vão, ajudam.” (Raguel)

“Eu estou com uma mãe com mamilo invertido que eu estou auxiliando, ela me falou essa semana: ‘Eu vou tentar, vou fazer o que eu puder, enquanto eu puder tentar eu vou!’. Então, a gente tem que ajudar.” (Uriel)

A visita domiciliar de puerpério se mostrou um espaço importante de cuidado prestado à criança e à mulher, com possibilidade de extensão também à família. Destacou-se o auxílio à amamentação e o apoio à mãe-mulher, na compreensão do período pós-parto como um momento de sensibilidade emocional e complexidade familiar.

O domicílio é um importante cenário para a extensão do cuidado de enfermagem puerperal que começa no hospital, sendo que a prática educativa possibilitada pelas visitas domiciliares representa um importante suporte para a qualidade do cuidado desenvolvido pelas puérperas a si mesmas e a seus filhos, de modo que essa abordagem deve respeitar aspectos socioculturais e psicoespirituais, compreendendo a puérpera como mulher e mãe, o que é fundamental para que essa se sinta à vontade para verbalizar dúvidas e ansiedades, com espontaneidade na sua interação com o filho, os familiares e as pessoas significativas, assim, a prática educativa do cuidado de enfermagem, numa relação satisfatória entre enfermeiro e cliente, somente se faz possível com o importante instrumento da comunicação (RODRIGUES et al., 2006).

Quando o enfermeiro intervém no cuidado de puerpério tendo em vista o bem estar da mulher e a integridade familiar está agindo na proteção do aleitamento materno e da qualidade de vida da criança no contexto da família, tendo como base um conceito mais amplo de saúde.

Na defesa da amamentação, evidenciou-se que a união de múltiplas ações pode alcançar impacto positivo, sendo citado o curso de gestantes, a orientação na maternidade e também na puericultura, além da visita de puerpério. Ainda, a participação da equipe da ESF no acompanhamento de pré-natal se mostrou um elemento diferencial na qualidade do vínculo que se estende depois do nascimento, e que será fundamental no potencial de defesa da saúde da criança que se estabelece na relação da equipe com a família.

As mulheres tendem a expressar satisfação e gratidão pelos ensinamentos durante o período puerperal no âmbito domiciliar, considerando esse como um suporte de grande importância para obter qualidade nos cuidados pós-parto, sendo relevante que no preparo oferecido à mulher durante o pré-natal, sejam incluídos temas relativos ao puerpério, de tal forma que essa mulher vá aos poucos assimilando conceitos importantes, destacando que os cuidados e orientações de enfermagem devem buscar garantir a segurança para a mulher cuidar de si e de seu filho, o que fará diferença quando a mãe se deparar com dúvidas e dificuldades no desempenho do papel materno, valorizando a construção de um cuidado de enfermagem durante todo o ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES et al., 2006).

“Eu tive uma mãe adolescente, essa deu vontade de pegar! Eu fui lá, o leite caia, estava ingurgitada. A casa, uma sujeira, uma pobreza, não sabia quem era o pai. Eu fui lá, acordei ela. O peito não tinha nem condição, falei: ‘Vamos lavar essa mama primeiro’. Ela falou: ‘Não adianta, eu não vou dar o peito!’. Eu falei: ‘Mas por quê? Olha o tanto de leite que você tem!’. Ela falou: ‘Mas eu não tenho bico’, aí falei: ‘Mas, eu também não tinha, eu amamentei. Eu vou te ajudar a fazer o bico com a seringa’, ‘Não, eu não vou amamentar!’. Aí a mãe dela falou: ‘Nós não temos nem o que comer!’. E foi mesmo, ela não deu o peito. Mesmo com a condição difícil, pobreza, paupérrimo, não tinha nada! Mas, aí ganhou leite, entrou na bolsa família. Isso deve ter um ano, que até a doutora ficou muito brava com ela, mas ela continuou: ‘Não, não tem bico, dói demais, eu não gosto’. Aí não tem como.” (Raguel)

O relato acima aponta para uma atitude de certa forma autoritária tanto da enfermeira quanto da médica, profissionais do sexo feminino, gênero que poderia ter contribuído para um posicionamento mais sensível e uma melhor compreensão da complexidade e singularidade que envolve cada binômio mãe-filho e sua família na amamentação. Nem sempre a defesa do aleitamento materno pelos profissionais de saúde obtém resultado satisfatório.

O profissional entrevistado revela uma emissão de juízo de valor, de forma que a escolha por não amamentar não é entendida como um direito da mulher. Acreditamos que

esse posicionamento pode prejudicar a qualidade de interação entre o profissional e o sujeito que está sendo cuidado, limitando sua possibilidade de atuação sobre o cuidado da criação pela família, reduzindo seu potencial de proteção da saúde infantil.

O aconselhamento em aleitamento materno exige, antes de mais nada, que se reconheça a mulher como pessoa, buscando compreender seus problemas e dificuldades, entendendo que o sucesso da amamentação depende principalmente do bem-estar da mulher, de como ela se sente a respeito de si e de sua situação de vida, de modo que o desenvolvimento de habilidades de comunicação, tarefa nem sempre fácil, implica mudança de atitudes e de perspectiva, aprendendo a captar, respeitar e responder ao outro também a partir do seu ponto de vista e não apenas do profissional de saúde (GALVÃO, 2011).

O profissional de saúde deve orientar e incentivar o aleitamento materno, destacando suas vantagens para a criança, a mulher e a família, bem como deve avaliar as dificuldades que a nutriz e seu filho podem apresentar para amamentar, auxiliando-os nesse momento e sempre que for solicitado para tal. Entretanto, entendemos que a mulher não deve ser pressionada a amamentar, e que essa conduta pode prejudicar o vínculo mãe-filho, o qual deve ser protegido e preservado, sendo que qualquer mal estar materno pode refletir negativamente na qualidade de vida infantil, tanto a curto quanto a longo prazo.

Nas visitas domiciliares também foram enfatizadas questões sobre a alimentação da criança:

“A gente percebe dentro das casas que a alimentação saudável é algo muito distante ainda. Existem trabalhos para isso, o CRAS faz, o NASF também, a gente está tentando mudar um pouco isso. Mas é difícil, porque a indústria pega muito pesado. A fruta você tem que preparar, no mínimo você tem que lavar, algumas descascar, outras picar. Para fazer um suco tem que descascar, espremer. Aí, o refrigerante você abre e bebe, a bolacha abre o pacotinho e pronto. Infelizmente é assim. Então, nos casos de sobrepeso, a gente tenta também ver o que está acontecendo em casa. Se a mãe está usando mais produtos industrializados a gente orienta a cortar. Se a gente vê que não obtêm resultado, nutricionista também. Nessa parte, as nutricionistas conseguem ser mais eficazes que a gente.” (Remiel)

“A gente tem observado, principalmente através das visitas, que as adolescentes não se preocupam muito, nem com a alimentação delas e muito menos de preparar uma alimentação específica para a criança. Porque até certa idade é uma alimentação diferenciada da alimentação da família, e elas ficam desanimadas de preparar para a criança. Tem uma que está perdendo peso porque a mãe fica com preguiça de ir pra cozinha, e a avó está trabalhando, mas quando está em casa ela faz. Então, acaba deixando a criança só com leite, que é fácil, você taca na mamadeira e põe na boca do neném, ele mama sozinho...Quando chegamos na residência, é isso que a gente encontra. Sem contar a dificuldade para você dar a alimentação para o neném, o tempão que você leva, que é devagarzinho. Então, adolescentes não têm paciência. A alimentação da criança, às vezes, é deficiente por falta de condição, outras vezes por falta de vontade da mãe. A gente avalia melhor isso na visita.

Quando é caso de falta de vontade a gente tenta orientar que só o leite não vai ser suficiente para um bom desenvolvimento. Agora, quando você vê que é caso de carência, a gente encaminha para conseguir cestas nas igrejas, multimistura com a Pastoral, a gente procura esses suportes.” (Daniel)

“A gente está tendo muitas adolescentes grávidas. E essas estão com mais dificuldade de cuidar da criança, porque elas ficam com preguiça.” (Micael)

“O CRAS está sendo uma mão na roda. O NASF também, muito bom. A nutricionista do NASF, nessa parte de alimentação da criança, ela pega mesmo no pé. Nós vamos à casa da mãe, ela vai à horta, mostra. Ela tem me ajudado muito! Mas, o negócio mesmo é a cultura do povo. Os hábitos arraigados. É complicado mesmo.” (Raguel)

As falas acima apontam que visita domiciliar tem sido um momento para observar e avaliar questões culturais e atuais, fortemente impactadas pela realidade social, como o fato de as mães estarem mais presentes no mercado de trabalho. Os profissionais entrevistados alegam que mães e pais estão tendo menos tempo em seus lares, e parecem estar mais distantes do cuidado e da educação dos filhos. Apontam também que os cuidados para com a alimentação têm influência da mídia e de um consumo de alimentos de fácil e rápido preparo em detrimento do natural e saudável, identificando certa tendência de maior vulnerabilidade quanto à qualidade da alimentação na infância em famílias com mães adolescentes.

Os esforços de advocacia incluem tentar aumentar a consciência sobre a extensão da problemática em questão, educar a clientela para criar mudanças nas atitudes e buscar resolver o problema ao invés de ignorá-lo (WHO, 2001).

A influência de algumas macro-variáveis, como a industrialização, a urbanização e a sociedade de consumo, na vida familiar e na determinação da rotina diária das crianças, têm efeitos importantes no desenvolvimento na infância (SIMIONATO-TOZO; BIASOLI-ALVES, 1998).

Fatores socioeconômicos, como a escolaridade materna, a presença do pai no domicílio e o fato de a criança não realizar as refeições à mesa aumentam o risco de a criança consumir uma alimentação de baixa qualidade, sendo que tais fatores relacionam-se à estrutura familiar e ao modo de vida urbano moderno, destacando que a baixa escolaridade materna aumenta a probabilidade de a criança não consumir uma alimentação de boa qualidade, seja pela falta de acesso a alimentos saudáveis e informações adequadas ou pela menor capacidade de discernir o que é saudável, quadro que possui especial relevância por ser a infância a fase do ciclo vital de maior potencial para mudanças de hábitos alimentares e

estilos de vida, os quais, por sua vez, poderão repercutir, no futuro, em escolhas mais saudáveis (MOLINA et al., 2010).

A alimentação é um aspecto fundamental para a promoção da saúde da criança. No entanto, nutrir, amamentar, comer e oferecer comida faz parte de práticas sociais, de modo que os hábitos e as práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que tem início na infância e é associado aos hábitos urbanos de consumo, sendo assim, a amamentação, a introdução de alimentos complementares, até a alimentação cotidiana da família, compõem um processo construído na experiência de cada grupo social (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

A avaliação particularizada dessas questões familiares revela sua complexidade, ao mesmo tempo em que representa um ponto de partida para que o enfermeiro, em conjunto com a equipe, perceba a necessidade de orientações e ações voltadas à proteção da saúde das crianças em seus domicílios, entre elas a busca de profissionais de apoio para intensificar o cuidado às crianças e suas famílias.

Outras situações que aparecem em visitas domiciliares são como conduzir casos com condições crônicas de saúde na infância junto à família:

“Uma criança que tem diabetes, faz dois meses que descobriu, ele tem cinco anos. Primeiro tivemos que olhar a glicemia dele várias vezes por dia, foi uma confusão. Mas agora ele está estabilizado. A gente acompanha com visita domiciliar, consulta médica no PSF e ele acompanha com endocrinologista também. Como percebemos que a família está muita surpresa e com muitas dúvidas, a gente pediu para a nutricionista avaliar para fazer a dieta, tudo certinho, porque a mãe em uma situação dessas tem que ser muito bem orientada. Aí a gente conversou bastante com ela, está bem esclarecida, o que faz, o que não faz, quais são os sintomas, hipoglicemia, hiperglicemia. E o que eles mais espantam é: ‘O que eu vou dar de comer?’. Então, aí a gente já conversa mais.” (Haniel)

O relato aponta a preocupação com o controle da saúde da criança com diabetes, a interface entre a atenção básica e o especialista e as intervenções junto à família.

No campo da atenção à saúde da criança é preconizado o incentivo à participação da família durante todo o processo de assistência à criança, envolvendo-a e oferecendo informações sobre os cuidados e problemas de saúde, além de incluí-la nas propostas de abordagem e intervenções necessárias (BRASIL, 2004a).

A família é considerada um dos grupos que desempenha a advocacia em saúde, tendo o papel especialmente relevante de cuidar, muitas vezes prestando os cuidados primários, sendo fundamentais as redes de suporte, devendo haver apoio mútuo entre elas e os serviços, cabendo ressaltar que muitos grupos familiares tornaram-se atuantes advogados em saúde na

comunidade, cumprindo funções de educação entre os membros comunitários, aumentando o apoio obtido das pessoas locais e dos responsáveis por decisões políticas, denunciando as lacunas e lutando por melhores serviços (WHO, 2003).

A família pode ser vista como um sistema composto de vínculos afetivos, sociais e econômicos, que tem uma dinâmica passível de mudanças em diversos momentos da vida, exigindo estratégias capazes de reequilibrar situações momentâneas, como a experiência de descoberta de uma doença crônica infantil, sendo que as alterações vivenciadas pelas famílias incluem, em geral, dificuldades financeiras para atender novas demandas da criança e de acesso aos serviços de saúde, bem como sentimentos de medo, dúvida e insegurança (SILVA et al., 2010).

Nesse cenário, práticas de saúde humanizadas envolvem o estabelecimento de vínculos e parcerias com a família, de forma que à equipe de saúde cabe estar atenta para as demandas, incluindo a família, exigindo que os profissionais estejam mais responsivos, abertos à criação de vínculos e responsabilizações, mobilizando possíveis redes sociais de apoio, buscando atender às demandas singulares de cuidado dessas famílias, o que exige um olhar onde a família é o foco, auxiliando-a a mobilizar recursos para o enfrentamento e adaptação (SILVA et al., 2010).

Em casos com condições crônicas que afetam a saúde infantil, a família tende a se sentir impactada e fragilizada, necessitando de um forte e contínuo apoio da equipe de saúde, para que tenha melhores condições, tanto emocionalmente quanto em termos de esclarecimentos, para cuidar da criança. O fato de a Estratégia Saúde da Família prever a visita domiciliar como uma de suas práticas cotidianas, pelos membros da equipe, favorece a possibilidade de que a criança e a família recebam o apoio necessário, de um modo mais próximo, contribuindo para o respeito, de modo ativo, ao direito à saúde da criança, transitando também pela proteção da saúde da vida familiar no momento difícil, por meio de atitudes efetivas de apoio à família.

Apreensão de situações de privação

A visita domiciliar também resulta em apreensão de situações de privação para a criança, repercutindo em sua saúde e bem estar:

“A gente vê que a população, de um modo geral, está passando por uma mudança, as mães estão trabalhando, essa cultura de mãe ficar em casa e homem ir trabalhar. Então, eu acho que são muitas coisas interligadas. A mãe, às vezes, não tem tempo de ficar com a criança e,

de repente, não dá uma educação como deveria, e fecha os olhos para as coisas que possam estar acontecendo. E aí vão acontecendo uma avalanche de coisas.” (Jeliel)

O entrevistado traz uma narrativa com uma visão sobre as mudanças sociais de estrutura das famílias e a preocupação com os rumos para o cuidado cotidiano das crianças.

Aspectos sobre higiene também foram levantados nas visitas domiciliares:

“Na visita identificamos muito é o cuidado que não têm de higiene no domicílio. Tem pensão, tem tudo [sobre condição socioeconômica] e três crianças baixo peso.” (Haniel)

A precariedade nos cuidados higiênicos, vinculada a problemas no cuidado das crianças, entre eles o baixo peso, é uma situação conhecida dos enfermeiros que atuam ou atuaram em saúde pública no Brasil, e que se apresenta na fala acima. Essa questão foi e permanece difícil de ser trabalhada, pela delicadeza que exige na abordagem com a família, relacionado à natureza de particularidades da vida familiar dentro do seu espaço privado. Assim, pode não ter uma aceitação da intervenção e um afastamento da família. Atrela-se a isso a dificuldade de se conseguir mudanças de hábitos pelo ser humano e o caráter subjetivo da problemática, como práticas intrinsecamente produzidas na bagagem vivida por cada um.

A situação mencionada pelo enfermeiro entrevistado, apesar de não ser nova, repercute no quadro atual de saúde da criança assistida e na formação de seus hábitos, exigindo por parte do profissional a busca de um caminho e uma abordagem que devem ser percorridos com um minucioso cuidado ético, bem como uma efetiva avaliação de questões de negligência física para com as crianças.

A sociedade aceita como consenso que toda criança tem o direito a nascer e crescer em um lar saudável, protegido e seguro, sendo fundamentais e necessárias as ações de profissionais da educação e da saúde como agentes facilitadores na identificação, caracterização e denúncia de situações de violação de direitos, que comumente se manifestam em atos de violência física, abuso sexual, queimaduras, falta de alimentação e de cuidados de higiene e de saúde, entre tantas outras negligências e violências (NERY, 2010).

Cabe mencionar a epidemiologia social como um campo sobre o estudo do processo saúde e doença, entendido como expressão do social, onde as desigualdades e o adoecimento entre grupos de pessoas são considerados como decorrentes de manifestações sociais, fazendo com que o contexto social seja considerado como determinante de saúde, devendo, assim, ser foco das ações de promoção e vigilância em saúde (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Também há relatos sobre ferimentos graves no domicílio:

“A mãe deixava a criança muito desleixada. Um dia, ela foi dar banho, esquentou a água e depois pôs no chão, dentro da banheirinha. Não sei o que a mãe foi fazer, a menina caiu dentro da banheira, nem dois anos ela tinha. Eu e minha auxiliar íamos em casa fazer o curativo, a gente fazia chorando. Essas mães estão muito desatentas. Já era uma família que não está muito aí, das crianças só ficarem na rua, jogadas.” (Micael)

Em uma situação de ferimento infantil grave, o procedimento de curativo domiciliar, realizado em conjunto pelo enfermeiro e técnico de enfermagem, conforme citado na fala, pode favorecer um cuidado mais amplo da saúde da criança assistida, assim como maior conforto, numa situação já traumática e dolorosa, resultando em maior humanização do atendimento realizado no espaço particular da criança, por meio de visitas domiciliares. Esse é um avanço da ESF, em consonância com os preceitos do direito à saúde.

Em relação ao cuidado do ferimento, um estudo comparou as reações manifestadas pela criança durante o curativo hospitalar realizado antes e após o preparo emocional com um brinquedo terapêutico, encontrando comportamentos indicativos de maior adaptação e aceitação ao procedimento após a brincadeira, sendo que os escores de dor também diminuíram com o seu uso, apontando esse instrumento terapêutico como uma alternativa na redução do medo, da tensão e da dor da criança durante o curativo (KICHE; ALMEIDA, 2009). Iniciativas como essa podem ser implantadas pelas equipes de enfermagem da ESF, na atenção às crianças feridas ou que demandam procedimentos invasivos, visando à proteção da criança e minimização de seu desconforto e dor durante o procedimento.

Os problemas relevantes em saúde pública na atualidade, como violência urbana, violência doméstica, acidentes de trânsito e os acidentes domésticos, sendo essas causas importantes de morbidade e mortalidade na infância, trazem um contexto que coloca diante dos profissionais de saúde a necessidade de atenção qualificada, reconhecendo a negligência e o abandono também como formas de violência, as quais podem deixar marcas para a vida toda, cabendo às equipes identificar, analisar e acompanhar os casos, acolhendo, prestando assistência, cuidando, tratando e encaminhando conforme necessário, e ainda utilizando a rede existente, como a Pastoral da Criança, hospital, serviços de saúde mental, Juizado, Conselho Tutelar, Delegacia, abrigo, entre outros (BRASIL, 2004a).

De acordo com as diretrizes das políticas públicas de saúde da criança, as equipes de saúde devem estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias, como alcoolismo, uso de drogas, desagregação familiar, entre outras, bem como para verificar sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, possibilitando a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, prevenção de agravos e detecção

oportuna de problemas, por meio de abordagem multiprofissional e intersetorial, sendo valorizadas as iniciativas educativas de prevenção aos acidentes e violências na infância, as quais devem ser desenvolvidas em parceria com grupos sociais, organizações governamentais e não governamentais, instituições e lideranças locais, universidades, sociedades científicas, além de outros recursos da comunidade (BRASIL, 2004a).

Algumas situações sobre o cuidado da criança em visitas domiciliares e a obtenção de informações com os vizinhos da família foram mencionadas:

“Tem uma criança recentemente, tem um ano mais ou menos, que estamos fazendo as visitas, também a pedido do Conselho Tutelar, porque a mãe já tinha três filhos que já tinham sido tirados a guarda dela. Só que essa criança que a gente estava acompanhando, pelo o que a gente observava nas visitas, a mãe estava cuidando bem da criança. E como ninguém falava nada, porque geralmente quem presencia mais essas coisas são os vizinhos, ela está com a criança até hoje. Geralmente, quando precisa, a gente tenta arrancar alguma coisa do vizinho. Você tenta rodear, para ver se ele solta alguma coisa, mas sem perguntar direto, porque a gente nunca sabe também. Às vezes, o vizinho chega: ‘Oh, fulana estava perguntando de você, do seu filho’. Aí a família vai pensar: ‘Por que não perguntou para mim?’.” (Ariel)

“Teve caso também que foi suspeita, quem me falou foi a agente de saúde, e aí ela me alertou: ‘Oh, fulano vai vir hoje pra pesar, você olha direitinho, observa’, isso era uma suspeita que nasceu nas visitas, ela ficou com medo de alguma coisa porque a criança ficava muito sozinha. A família já tem um histórico de problema mental, a gente ficou com medo do tio, que morava perto, estar molestado.” (Gabriel)

A visita domiciliar tem sido instrumento para investigar casos de maus-tratos contra a criança. Uma das falas demonstra que a equipe reconhece a dificuldade para a realização de uma visita que tem um cunho investigativo para identificar e avaliar situações familiares como essas, em que há uma tendência de ser ocultada pela família.

As equipes ESF, por meio de seus profissionais, devem estar preparadas para atender solicitações que venham a ser feitas pelo Conselho Tutelar, uma vez que o ECA preconiza que esse órgão requisite ações de serviços públicos na área da saúde, entre outros setores (MOROSINI; REIS, 2007).

Contrapondo a identificação da família como lugar de proteção, segurança e cuidado, é preciso reconhecer e estar sensível e alerta para o fato de que ela também pode tornar-se o foco do conflito, revelando-se como o espaço silencioso da violação de direitos da criança, por violências de diversas ordens, como a psíquica, a negligência, a violência física, a agressão, a exploração, a violência sexual, a drogadição, podendo desencadear sequelas gravíssimas e mesmo a morte (NERY, 2010).

É necessário que todos os membros da equipe de saúde reúnam o máximo de informações, de acordo com suas competências, para a composição de uma história o mais próxima possível do contexto real vivido pela criança e a família, sendo importante colher informações com professores de creches ou escolas, parentes, amigos, vizinhos e outras fontes que se mostrarem relevantes (BRASIL, 2002e).

A abordagem da violência infantil requer intervenção interdisciplinar, de modo que a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de forma sistematizada, e a notificação pode levar o problema identificado no serviço de saúde para outros espaços de atuação, convocando parcerias cuja ação tem se mostrado imprescindível (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Diante disso, no comprometimento de fazer o que estiver ao alcance para descortinar o que se passa com a criança, a equipe cria suas próprias ferramentas, como buscar informações complementares com os vizinhos, as quais podem ser diferenciais para a clareza do caso, reconhecendo-os como fontes de relatos importantes. Essa clareza e pertinência das informações podem ser o ponto de partida necessário e fundamental para que ações, muitas vezes urgentes, de proteção e defesa da criança sejam efetivadas. Mas, a equipe precisa ser cuidadosa e desenvolver a habilidade de comunicação, tornando-se capaz de obter informações de forma humana e sem desrespeitar os preceitos éticos de se trabalhar com famílias.

Lidar com situações de violência não é uma tarefa fácil para os profissionais de saúde, cabendo destacar que a capacitação é extremamente importante para a condução e tratamento dos casos, bem como para a qualidade das informações colhidas, que deverão ser registradas no instrumento de notificação, tornando muito relevante o acesso do profissional à qualificação específica para atuar e notificar casos de maus-tratos contra a criança (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Pequenos e despropositais deslizes de comunicação podem repercutir negativamente na imagem e credibilidade da equipe de saúde para as famílias. Por outro lado, a aceitação e o exercício desse desafio pelo profissional mostram-se relevantes para a defesa da criança, um ser extremamente vulnerável e frágil na sua autoadvocacia.

O uso de álcool e drogas pelos pais

Os relatos dos enfermeiros trazem algumas situações de dependência química dos pais que repercutem negativamente na saúde e qualidade de vida das crianças, apontando que esse tipo de situação limita as ações de proteção da criança por parte da equipe de saúde.

“A mãe é totalmente descompensada, tem só dezesseis anos e o parceiro quarenta e tantos. A menina está bem descuidada, está desnutrida, a doutora pegou firme aqui com a mãe. A gente ameaçou até chamar o Conselho Tutelar, mas ainda não chamei. Estamos tentando orientar, conscientizar. O pai é caminhoneiro, fica mais na estrada do que aqui e quando vem está tonto [alcooolizado]. Ela mora no fundo da sogra. A gente chamou a sogra para conversar. A sogra falou que estava tentando ajudar, só que ela não aceita ajuda. O pai quando está tonto ninguém agüenta, ele bebe muito. A menina está só perdendo peso.” (Raguel)

“E a gente percebeu que a avó que tinha a guarda dessa menina tem um transtorno psiquiátrico grave, o avô é alcoólatra. Um dia ligaram do CREAS para perguntar a respeito da mãe da menina, mas ela não mora na residência. É que a mãe teve uma tentativa de autoextermínio, dois dias antes ao que ligaram. Aí, a medida que a gente foi acompanhando a família, a gente descobriu que a mãe é dependente de crack.” (Rafael)

“A mãe é etilista, sentiu necessidade de álcool e tomou álcool em gel. Aí a criança foi para a UTI, porque não tinha acompanhante. Nossa você precisa ver que confusão! Então, foi um caso que a gente estava indo visitar a criança no hospital, enquanto estava dando um apoio para a mãe aqui. A família é super complicada. Então, a gente tenta resgatar, trazer a avó para as ações do HIPERDIA, a mãe a gente já vai inseri-la no grupo de saúde mental. Então, é um caso que toda a semana a gente tem que ficar em cima. E a secretária do promotor liga para saber se estamos dando assistência para a família.” (Miguel)

As situações retratam desequilíbrio familiar, em que coexiste o alcoolismo entre outras problemáticas, situação que está refletindo no peso da criança, com potencial negativo sobre a saúde e bem estar infantil de maneira geral. Também, a dependência química da mãe coloca a criança numa situação de vulnerabilidade, ficando sob os cuidados de uma avó que tem transtorno psiquiátrico e convivendo com um avô alcoólatra. A dependência química da mãe, sendo de crack ou de álcool, se dá em meio a um desequilíbrio familiar, o que deixa a criança em situação de vulnerabilidade. Esse quadro torna o cuidado complexo, uma vez que o potencial de parceria com a família pode estar comprometido, sendo necessário que a equipe estenda o alvo de cuidado também aos familiares.

A convivência com pais dependentes de álcool gera vulnerabilidades para a saúde e qualidade de vida das crianças, como baixa autoestima, diminuição do rendimento escolar e problemas comportamentais, além de aumentar o risco de desenvolver essa dependência na idade adulta (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005).

Assim, destaca-se a necessidade dos profissionais que atendem crianças e famílias estarem sensíveis para as vulnerabilidades de filhos de pais dependentes de álcool, com esforços para tentar minimizá-las, buscando atuar sobre a trajetória de sofrimento psicológico que pode caracterizar suas vidas, além de considerar questões práticas, como o fato de pais

com tais problemas tenderem a ter ocupações temporárias, comprometendo o determinante social de trabalho e renda na saúde da família, compondo uma condição infantil de risco psicossocial, o que demanda o desenvolvimento de programas de orientação para essas crianças e famílias, tanto nas próprias instituições de saúde, quanto em parceria com programas comunitários (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005). Portanto, é fundamental o trabalho conjunto e coordenado de equipes de serviços governamentais e não governamentais no tratamento da problemática de famílias com membros dependentes químicos, considerando as consequências e a complexidade para a saúde infantil.

Atualmente, é proposto que o tratamento das pessoas dependentes de álcool, bem como de outros dependentes químicos, seja desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad), serviço especializado que deve funcionar cinco dias da semana, com equipe multidisciplinar, promovendo a participação dos usuários em atividades ocupacionais, recreativas e educacionais, além de oferecer suporte às famílias (BRASIL, 2005a).

No entanto, nem sempre essas famílias são reconhecidas como uma das principais vítimas da dependência química, como núcleo que deve receber acompanhamento contínuo e interdisciplinar, a fim de alcançarem melhores condições de saúde psicossocial, tendo mais condições de colaborar com o tratamento do membro dependente, e, nesse sentido, os profissionais e outros cuidadores precisam adentrar a vida da família, participando ativamente e co-responsáveis no enfrentamento das dificuldades que estão sendo vivenciadas (SENA et al., 2011).

Nos relatos dos enfermeiros entrevistados não foram abordados o papel do CAPSad, embora o município possua esse serviço. De certo modo, sugere que é uma política que vem caminhando de maneira pouco atrelada às equipes de saúde da família locais.

Mostra-se necessária maior interação do CAPSad com as famílias, com a comunidade e com outros serviços de saúde, especialmente unidades de atenção primária e outros serviços de saúde mental, com vista a fortalecer a assistência prestada e obter melhores resultados, a partir da integração das ações desenvolvidas na rede, como preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira (VENTURA; ARAÚJO; MOLL, 2011).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial para ampliação do acesso ao tratamento e prevenção de álcool e outras drogas (PEAD), direcionado aos 108 maiores municípios brasileiros, tendo como principais populações alvo as crianças, os adolescentes e os jovens em situação de vulnerabilidade social, sendo os eixos norteadores desse plano a ampliação das ações de saúde, educação permanente para os profissionais,

sistematização intersetorial, promoção dos direitos humanos e combate ao estigma (BRASIL, 2009d). O município onde foi realizado o presente estudo não fez parte daqueles contemplados por essa iniciativa.

Há relatos sobre pais usuários de drogas e as possibilidades ou não de uma rede social:

“Ela ganhou o bebê e era usuária de drogas, de álcool, o parceiro também. Então, a gente realmente via que não existia possibilidade. Eles não tinham parentes. A nossa alternativa foi passar pra frente, para o serviço social, na época ainda não tinha CRAS, CREAS, nem o NASF. A gente passou para a assistente social do Fórum mesmo. Ela conseguiu tomar todas as providências, e acabou que as crianças tiveram que ser retiradas da mãe, por causa do risco, o risco muito alto, não existia possibilidade. Eu acho que no nosso trabalho aqui, a gente tem que tomar bastante cuidado nessas questões, porque envolve um monte de fatores. São usuários, são ligados a traficantes, mas ao mesmo tempo a gente tem que tentar preservar a integridade das crianças.” (Remiel)

Muitas vezes, a dependência química vivida pelos pais limita significativamente a possibilidade de ações de saúde e de proteção da criança por parte da equipe de saúde, especialmente quando a rede de apoio familiar é insipiente. Nesse caso, uma das possibilidades de defesa passa pelo encaminhamento a outros setores, como o serviço social, em que, progressivamente, o caso tende a chegar aos profissionais da área do Direito. Esses profissionais também não possuem muitas opções de ação, chegando à decisão de retirada da guarda da criança de seus pais como uma das poucas alternativas de advocacia pelo bem estar infantil.

A convivência familiar e comunitária como um direito das crianças e adolescentes, tendo a constituição e o ECA como principais suportes, leva à reflexão sobre a responsabilidade das políticas sociais, no que se refere ao atendimento às famílias em situação de maior vulnerabilidade social e pessoal, já que muitas são as famílias que vivem em situações de dificuldades para criar e educar seus filhos e muitas são as crianças que enfrentam situações de extrema vulnerabilidade, tendo que se afastar de suas famílias de origem para viver em situação de abrigo, como medida protetora, apesar de todos os progressos preconizados pela legislação (NERY, 2010).

Autores que investigaram a assistência a crianças em situação de abrigo, encontraram lacunas importantes referentes aos recursos humanos que cuidam dessas crianças, ao espaço físico onde ficam abrigadas e à assistência em saúde recebida dentro do abrigo e pela unidade de referência, indicando a presença de deficiências e a necessidade de um trabalho sistematizado incluindo diversos setores (FERRIANI; BERTOLUCCI; SILVA, 2008).

Nesse sentido, as leis brasileiras, por meio dos documentos citados acima, preconizam que toda criança e adolescente tem direito a uma família, cujos vínculos devem ser protegidos pelo Estado e pela sociedade, sendo que diante da vulnerabilidade social ou pessoal e da fragilização familiar, as estratégias de apoio ou de intervenção no atendimento à família devem priorizar ações que visem fortalecer ou refazer os vínculos originais, ou ainda estimular a formação deles, aliando apoio socioeconômico à elaboração de novas formas de interação e de acesso aos bens e serviços públicos, reconhecendo a necessidade de visão multidisciplinar e intersetorial para dar respostas à complexidade das situações (NERY, 2010).

Vendruscolo, Ferriani e Silva (2007) enfatizam aspectos sócio-econômicos, culturais e políticos entre os determinantes da manutenção da violência reproduzida dentro das dinâmicas familiares, gerando riscos de diversas ordens para as crianças, destacando-se o de violência doméstica, sendo fundamental a implantação de políticas públicas nesse sentido, tendo em vista a necessidade de proteção do vulnerável grupo etário infantil.

Entretanto, os dados empíricos apontam para uma realidade na qual ainda são incipientes as ações sistematizadas e articuladas direcionadas ao enfrentamento de situações complexas e de alta vulnerabilidade social, vividas por crianças e suas famílias.

Nesse sentido, o ECA recomenda ações que proporcionem a inclusão da família em programas que busquem superar as dificuldades e restaurar direitos, a partir de um plano de trabalho construído com a família, de forma participativa e com compromissos mútuos, construindo alternativas para a superação de vulnerabilidades, que envolvam desde a condição de miserabilidade, incluindo habitação, segurança alimentar, geração de trabalho e renda, até o tratamento da forma de relacionar-se e de vivenciar os diferentes papéis e responsabilidades de pai, mãe, filho e outros, visando superar conflitos e romper o ciclo de violência, muitas vezes transgeracional; além de promover a integração sociocomunitária da família, com acesso aos serviços públicos e à rede de apoio, incluindo orientação jurídica, se necessária (NERY, 2010). Desse modo, reconhece-se que essa é uma proposta que exige profissionais qualificados, instrumentalizados, comprometidos e motivados, atuando com planejamento e gestão, necessitando de real apoio governamental.

Os profissionais enfermeiros entrevistados também apontam as consequências do vício químico para a qualidade de vida dos filhos de dependentes:

“Temos um menininho, ele vai fazer cinco anos, é filho de mãe que mexia com droga, crack. Aí, quando nasceu ela deu para uma mulher aqui da área. Coitadinho, saiu de uma e entrou em outra. Ela é solteira, pegou ele para criar e tem um namorado que mexe com drogas, o

ex-marido também fica lá, mas pelo menos ele cuida, ele gosta da criança. O menino vem aqui e ninguém aguenta, ele é desorientadíssimo! Ela tem o maior luxo com ele, mas não põe limites, ele vem de bicicleta, entra com tudo, faz o que quer, é tudo atrapalhado. Encaminhamos para o neurologista, faz acompanhamento com pediatra especializado em hiperativos, toma remédio. Mas, o ambiente deles você vê que o menino vai virar logo, um marginalzinho. Esse ex-marido com esse namorado já teve facada, o moço já foi preso, é um ambiente assim... Já falamos com o Conselho Tutelar, está lá na justiça, ninguém faz nada e o menino está crescendo nesse meio. Ninguém até hoje tem resposta, faz um tempão. É muito lento esses negócios.” (Hazel)

No relato acima, a mãe, com dependência química, fez a doação informal da criança a uma família que tem problemas similares, também com dependência por um dos membros que residem no domicílio. A criança sai de uma situação de vulnerabilidade para outra, numa situação de difícil resolução e que expõe ainda mais a criança, em um contexto de fragilidade e completa dependência de cuidado e de proteção de outros, de forma que o álcool e as drogas ilícitas se mostram grandes vilões na garantia dos direitos da criança.

A situação vivenciada pela criança citada na fala acima sugere uma privação de direitos. De acordo com o ECA, a criança tem o direito de ser criada em uma família, podendo ser, excepcionalmente, em uma família substituta, devendo ser garantida a convivência familiar e comunitária sem a presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 2002b).

Arranjos adotivos informais não é uma prática rara em algumas dinâmicas familiares, através das chamadas famílias de criação, informalmente escolhidas pelos pais biológicos, sendo que o antigo Código Civil de 1917 não exigia o envolvimento de autoridades públicas na doação de crianças, mas hoje todas as adoções precisam da aprovação do Juizado da Infância, sendo que na maioria dos estados há comissões especiais, compostas de juízes, psicólogos e trabalhadores sociais que acompanham o processo, determinando quais crianças podem ser adotadas, fazendo também uma avaliação dos possíveis pais adotivos, devendo ser seguido o princípio de prioridade do bem estar infantil, de modo que as autoridades devem selecionar uma família para a criança, e não o contrário, que é o que acontecia antigamente, como a escolha da criança para melhor atender um casal que se propunha a adotar um filho (FONSECA, 2002).

Entretanto, mesmo nos anos 90, alguns juízes, bem como pais adotivos e biológicos declararam-se abertamente a favor da adoção informal, como um modo de contornar a burocracia do estado, enquanto a oposição mais forte contra essa prática informal vem dos setores mais progressistas do judiciário. A adoção aberta, em países como o Brasil, é entendida oficialmente como contraditória aos direitos da criança, embora nas políticas da

América do Norte tem sido vista como cada vez mais coerente a esses direitos (FONSECA, 2002). A fala de um dos entrevistados, apresentada acima, aponta para uma aparente ineficácia dos agentes sociais e jurídicos do Estado, entre eles o enfermeiro da ESF, para garantir que a regulamentação brasileira de doação seja cumprida em prol da proteção dos direitos e do bem estar infantil.

Há relatos que destacam aspectos emocionais e sociais intensos:

“A mãe da menina bebe, mas ela é muito educada. Ela não desrespeita a gente, conversa direitinho. Ela até veio na semana passada falando que iria suicidar, que não estava aguentando. Nossa, aí foi complicado! Falei: ‘Não, senta aí, vamos conversar. Você não pode fazer isso, você tem sua filha pra cuidar, sua filha precisa de você’. Você vê lá na Casa Lar, quando a mãe chega, a criança sorri... E a mãe gosta dela, ela fala assim: ‘Essa menina é tudo para mim’. E ela quer pegar a menina de volta, só que tem todo um problema, ela acha que a menina não precisa usar sonda, ela não aceita e retira a sonda. Nós vamos fazendo essa orientação para ela aceitar melhor. Ela estava proibida de visitar a filha no hospital e na Casa Lar, foi porque ela arrancou a sonda. Só que, aos poucos, ela foi retornando. Agora ela já vai dar o banho na filha todos os dias, ela ajuda lá, às vezes passa roupa. Só que é um caso assim, nossa super complicado, porque é a família inteira o problema.” (Miguel)

A equipe enfrenta um problema de alcoolismo materno e o profissional entrevistado se mostra solidário à mãe e sensível ao vínculo dela com a criança, prestando apoio e valorizando a presença da mãe junto à criança. Chama a atenção o acompanhamento da criança feito pela equipe incluindo visitas ao hospital e na casa abrigo por onde a criança passou. A possibilidade de realização dessas visitas potencializa as ações de proteção à saúde da criança e família, o que é favorecido num contexto de trabalho que preconiza a visita domiciliar entre suas ações de saúde, de forma que essa pode ser estendida a outros locais de seguimento e cuidado, avanço incrementado nas propostas da ESF, efetivado no compromisso e atitude dos profissionais que realmente estão inseridos nas práticas dessa estratégia.

O posicionamento e a atuação do enfermeiro, na situação relatada acima, estão de acordo com a proposta de redução de danos, que prevê que ações de saúde sejam desenvolvidas em prol de indivíduos que, por motivos diversos, não conseguem ou não querem interromper o uso de substâncias causadoras de dependência (BRASIL, 2009d).

A família que convive com um dependente químico deve constituir-se como prioridade no contexto das políticas e serviços de saúde, contemplando a atuação e apoio da saúde mental nesse contexto, considerando que todos os membros da família que convivem com essa situação se tornam vulneráveis, especialmente a criança. A família precisa ser o centro do cuidado no planejamento das ações pela equipe, sendo desejável uma rede de

suporte social, buscando exercer um cuidado sensível à intersubjetividade de cada membro da família, uma vez que cada um apresenta uma demanda de atenção, exigindo dos profissionais alguma forma de resposta, com responsabilidade e ética (SENA et al., 2011).

Nas narrativas dos enfermeiros entrevistados, a dependência química dos pais é vista como originada no meio familiar, de forma que essa situação, *a priori*, expõe a criança, que pode se tornar um usuário de substância química, num processo cumulativo e continuado de vulnerabilidade familiar e social. Complementarmente, essas situações limitam o potencial de impacto das ações dos profissionais da ESF em prol das crianças, tornando a vulnerabilidade ainda maior. Quando outras instâncias decidem pela perda familiar da guarda infantil, outras situações de risco social e psicológico poderão ser desencadeadas.

A presença de alcoolismo parental, mãe com sintomas de depressão grave e conflito conjugal com atitudes agressivas é apontada em estudo (SOUZA; CARVALHO, 2010) como fator que pode conduzir para dificuldades no desenvolvimento da criança, tais como sintomas de depressão, problemas de comportamento e baixo desempenho intelectual, sendo fundamental a realização da avaliação familiar para a identificação dos fatores familiares que podem estar relacionados com as dificuldades da criança.

A preocupação com filhos de dependentes químicos é importante para a atenção à saúde, considerando as consequências negativas dessa realidade sobre o desenvolvimento infantil, trazendo a questão de que crescer em uma família que possui um dependente químico envolve uma problemática complexa com a qual a criança tem contato direto. Como consequências estão sentimentos de insegurança e inadequação, associados à depressão, apatia, repressão, regressão para a idade ou maturidade precoce, resultando em risco aumentado para transtornos psiquiátricos, problemas físico-emocionais e dificuldades escolares (FIGLIE et al., 2004).

Em relação ao perfil familiar, os pais tendem a apresentar maiores taxas de desemprego e ocupações informais, sem vínculos empregatícios, havendo ainda risco para distúrbios da saúde mental dos cônjuges que não são dependentes, aspecto relevante diante da importância desses cônjuges para o bem estar e qualidade de vida infantil, sendo comum a existência de conflitos, como brigas, dificuldades de relacionamento e agressividade, cabendo destacar que é promissora uma intervenção familiar profissional, de modo a favorecer um melhor convívio entre os seus membros, tornando necessárias ações coordenadas e dirigidas às crianças e familiares (FIGLIE et al., 2004).

O uso de álcool e drogas é uma problemática complexa, de difícil tratamento e altamente negativa para o bem estar infantil. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro ou com

a qual ele contribua precisam estar voltadas para prevenir o uso de substâncias químicas entre diversas clientela, tornando-se, em última instância, uma ação em defesa da saúde e qualidade de vida das crianças.

Nas narrativas os enfermeiros entrevistados trazem a atuação domiciliar apontando ações de avaliação, orientação e intervenção no cuidado infantil, aparecendo casos como os de crianças e famílias que não utilizam o serviço de saúde, de auxílio e defesa do aleitamento materno, de deficiências na qualidade do cuidado nutricional da criança, da precariedade nos cuidados higiênicos, da identificação de vulnerabilidades em filhos de mães adolescentes, da necessidade de prestar apoio familiar quando a criança apresenta uma doença crônica, de procedimentos domiciliares de cuidado infantil e de investigação de maus tratos contra a criança. A puericultura também se mostrou uma continuação da vigilância que se iniciou por meio da visita domiciliar, quando o agente comunitário de saúde solicita e alerta o enfermeiro sobre a necessidade de uma observação específica durante a consulta de enfermagem, frente a uma suspeita visualizada nas visitas. Aqui percebemos o trabalho de um profissional atrelado ao do outro, bem como um espaço de atuação sendo complementado por outro, construindo um cuidado articulado e continuado, potencialmente mais eficaz na proteção da saúde e bem estar infantil.

Esses aspectos corroboram a abordagem de Machado, Silva e Freitas (2011), quando destacam a assistência domiciliar como uma modalidade de cuidado que exige competências profissionais amplas, voltadas ao sujeito, família e comunidade.

A família é um espaço fundamental em que toda criança tem o direito de crescer com proteção, afeto, segurança e cuidados, aspectos esses importantes para as diferentes categorias profissionais que atuam junto à população infantil, sendo relevante o reconhecimento de que a abordagem familiar pode envolver experiências diversas, carregadas de representações, significados, opiniões e reações (NERY, 2010). Assim, o domicílio pode ser um espaço privilegiado para a atenção de enfermagem à criança, com ênfase no cuidado integral no contexto da família.

As dimensões com as quais os profissionais de saúde devem se comprometer quando lidam com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde são muitas e complexas, atuando na promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação (BRASIL, 2006h). A visita domiciliar é uma ferramenta importante, com potencial de contribuição para o atendimento dessas diversas dimensões, especialmente viável e útil nas práticas de saúde da família.

A visita domiciliar é um diferencial por fazer parte da proposta de trabalho, estando entre as ações que devem ser prestadas a todas as famílias cadastradas. Ela se mostrou um espaço de vigilância em saúde, possibilitando a identificação e clareza de situações de vulnerabilidade vividas pelas crianças. Mostrou-se também como um espaço que revela aspectos do cuidado que são difíceis de serem trabalhados, por envolverem hábitos de vida construídos tanto socialmente quanto na história particular e cultural da família. Essas questões exigem atitudes profissionais de cuidado longitudinal, pautado na ponderação, na ética e na postura perseverante, características essas viáveis e desejáveis na proposta de trabalho da ESF.

Parcerias Positivadas e Não Positivadas

Neste tema são abordados aspectos sobre a Comunicação entre os profissionais e os serviços; Lacunas nas relações de parcerias; Limites na integralidade e intersectorialidade das ações na rede; no contexto de atenção à saúde em que o estudo foi desenvolvido.

Comunicação entre os profissionais e os serviços

Nos relatos a seguir emergem várias interações em prol da saúde e bem estar da criança e sua família, resultados de processos de comunicação, tanto entre os profissionais de uma unidade quanto com os de outros serviços, onde cada equipe apoia e recebe apoio, em busca de caminhos de defesa da qualidade de vida infantil.

“A primeira pesagem, além dos casos críticos dos baixos pesos e dos sobrepesos, passam com a médica depois de passar comigo, no mesmo dia. Eu já identifico e passo. Ela já fica disponível, já colocamos na agenda dela só atendimento de criança e idoso na segunda-feira. Está dando certo, porque o médico estando do lado é bem diferente.” (Raguel)

“Nisso, estávamos eu e uma agente de saúde, e ela é mãe. Eu gosto quando eu tenho uma [ACS] aqui que é mãe, porque eu não sou, eu falo que experiência de mãe é experiência, eu gosto quando elas participam, sabe? Eu aprendi a delegar funções, eu sempre oriento as meninas [ACS]: ‘Olha, você pode fazer isso, você pode orientar. E se eu não estiver aqui amanhã, o que você vai fazer?’ Então elas já sabem, às vezes eu chego de férias e elas vêm contando: ‘Nossa aconteceu assim, assado!’ Elas ligam, e a auxiliar [técnica de enf.] também. Elas pegam o telefone, se precisar já ligam na polícia, na assistente social, no NASF.” (Gabriel)

“O médico daqui me chamou para ver, porque ele também ficou um pouco inseguro em relação ao que eu achava dele prescrever uma medicação. Eu falei: ‘nesse caso acho melhor você encaminhar para um pediatra porque é uma coisa muito específica’. Ele queria prescrever uma carbamazepina, nesse caso eu acho melhor um especialista. Aí ele encaminhou. A gente tem essa parceria legal que dá para a gente trabalhar junto, discutir alguns casos. Aí ela foi lá, o médico encaminhou para o psicólogo. E a gente observando, eu pedi para o agente observar essa família, porque era uma família muito recente ainda na área, então queria uma observação maior do agente.” (Rafael)

A comunicação entre os membros da equipe resulta em uma melhor avaliação do quadro da criança e de sua família e em condutas mais apropriadas, representando também uma forma de proteger a saúde da criança. Em uma das falas acima essa comunicação permitiu a inclusão de vários atores no seguimento da condição de saúde da criança, o que foi iniciado a partir de uma consulta médica, onde houve a discussão do caso com o enfermeiro, repercutindo na inclusão do pediatra, do psicólogo e do agente comunitário de saúde no acompanhamento infantil, o que tende a produzir uma assistência de maior qualidade. Em outra fala, a enfermeira demonstra reconhecer o conhecimento produzido pela experiência de maternidade das agentes comunitárias de saúde. A valorização do saber não técnico é uma das propostas da ESF.

O trabalho em uma instituição com diversas categorias permite a produção de um trabalho coletivo em saúde. A interdisciplinaridade é construída com conhecimentos e olhares diferentes sobre o trabalho diário e cotidiano, por meio de uma prática de comunicação que pode permitir uma visão ampliada da criança e sua família, favorecendo uma atenção mais qualitativa e eficaz, sendo importante que o profissional que trabalha na equipe de saúde da família internalize esses conceitos de forma sistematizada (MINAS GERAIS, 2005).

A valorização do saber dos diversos trabalhadores da saúde conduz ao reconhecimento da necessidade de cooperação e complementaridade dos diversos trabalhos, o que favorece a horizontalidade das práticas e a co-responsabilização da equipe (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Nesse sentido, destaca-se, também, o papel de supervisor/educador da equipe, ocupado pelo enfermeiro, chamando a atenção a sua compreensão da importância de preparar a equipe para que esteja apta a acionar os recursos disponíveis para proteger a saúde e bem estar das famílias assistidas, quando necessário e em tempo hábil, sem depender da presença do enfermeiro, em uma lógica de atuação em equipe que prioriza a sua posição de defesa da saúde dos usuários.

“A sala de vacina agora é lá em cima, no ambulatório, agora separou, né. Eu acho interessante também que eu faço uma ligação com a vacina. A técnica de enfermagem da sala de vacinas do bairro manda pra mim os faltosos, aí eu aproveito e falo [para os ACS] ‘Já vê o cartão se tá pesando direitinho’.” (Gabriel)

“Com relação à criança, eu ligo muito para o ambulatório, quando eu vejo que eu preciso, que não tem vaga com a doutora, às vezes você vê que a criança precisa. Depois elas vêm aqui numa satisfação.” (Uriel)

“O ambulatório, aqui a gente tem uma parceria muito boa com eles. Porque os casos que a gente detecta aqui, que são mais simples, eu passo para o médico da unidade. Mas, tem casos que você vê que tem que ser pediatra mesmo. Então, eu ligo lá, as meninas são muito boas, elas tentam encaixar o mais rápido possível, a gente tem uma facilidade grande nesse ponto.” (Ariel)

“Só o enfermeiro ligando no ambulatório já consegue uma vaga [com o pediatra]. Está porta aberta, tem fichas em um número determinado para as crianças, mas se a gente ligar eles dão uma prioridade e garantem a vaga.” (Micael)

Nos relatos acima, a comunicação entre os serviços locais de atenção básica permitem a complementação das ações, tornando-as mais efetivas e resolutivas, buscando mais proteção para a saúde da criança.

Todos os brasileiros possuem o direito de serem bem atendidos, avaliados e terem acesso ao atendimento dos profissionais que se mostrarem necessários, sendo a equipe de saúde responsável em avaliar os casos das pessoas atendidas, decidindo quais os profissionais devem lhe prestar assistência (BRASIL, 2008e).

Nesse sentido, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde preconiza que, por meio do acolhimento, o profissional deve receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma atitude humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas, sendo que a consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança e outros profissionais devem participar da assistência, quando pertinente, contribuindo com a resolução do problema e potencializando a capacidade de resposta e intervenção do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

“Agora, eu e a nutricionista passamos e-mail uma para outra, e a gente está entrando em um consenso que talvez ela não esteja engordando tanto por causa da genética. A mãe é muito pequenininha e magrinha, só que o pai já não é tanto. E geralmente, aquela criança de baixo peso mesmo, é desanimada, aquele cabelo feio, e a menina é linda, espertinha, conversa, muito ativa. Mas, a gente está de olho, porque a mãe não cuida muito.” (Raguel)

Aqui, percebemos dois profissionais assistindo a criança e se comunicando sobre o seguimento através de e-mail. O enfermeiro, após ter identificado o baixo-peso e encaminhado ao nutricionista, mantém o acompanhamento e o monitoramento e ambos os profissionais conseguem atuar em conjunto mesmo trabalhando em unidades diferentes, utilizando a internet como ferramenta de comunicação. O relato revela uma atuação que foge da equivocada compreensão do encaminhamento como uma transferência de responsabilidade.

Cabe destacar a importância de responsabilização em relação à clientela infantil, o que deve ocorrer a partir da adscrição da clientela, favorecendo o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, garantindo a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre os problemas identificados até a sua completa resolução (BRASIL, 2004a).

Para isso, a complexidade da atenção à saúde exige o trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar, na busca de ações compartilhadas para dar respostas às demandas, num movimento em direção à integralidade da assistência (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Outros aspectos sobre a relação com outros serviços são apontados como pertinentes para a saúde da criança:

“A Santa Casa sempre nos acolhe em relação ao curso de gestante e com capacitação pra gente. A mesma aulinha que ela dá para as gestantes, inclusive, a gente participa todos juntos, é mais na questão da abordagem, os aspectos psicológicos. Todas as gestantes que fazem o curso conosco vão à Santa Casa, vão ao pré-parto, vêm onde será realizado o parto, como é o sistema, o alojamento conjunto, o que tem que levar e o que não precisa.” (Jeliel)

“Tem um ou outro que vem com chupeta. Tem melhorado muito, já sai com muita orientação da maternidade. E a gente tem aqui também o curso [de gestante].” (Omael)

A parceria entre a maternidade do hospital geral do município e a equipe de unidades de saúde da família se mostra eficiente e atuante. Essa parceria fortalece o curso de gestante realizado na unidade de saúde da família e a defesa da amamentação, bem como viabiliza uma das propostas do Ministério da Saúde, que é a visita da gestante na maternidade de referência. Consideramos que essa comunicação é possível por meio da iniciativa e vontade dos profissionais que atuam nas equipes de saúde dos diversos serviços, de forma que sem isso, muitas vezes, as propostas acabam não sendo consolidadas.

Essa parceria entre a ESF e a maternidade local caminha na direção de atender à necessidade, identificada pelo Ministério da Saúde, de maior articulação e aproximação entre os programas que compõem o campo da saúde da mulher e da criança, uma vez que as iniciativas que já vem acontecendo no sentido do estímulo ao aleitamento materno precisam de reforço, considerando que, embora avanços tenham sido alcançados, a prevalência de aleitamento materno exclusivo ainda é baixa no país (BRASIL, 2005b).

O Relatório Nacional de Acompanhamento das Metas do Milênio indica questões importantes a serem contempladas no que se refere ao cumprimento das metas 4 e 5, referentes à redução da mortalidade infantil, materna e baixo peso ao nascer, uma vez que o país vem reduzindo significativamente a mortalidade infantil nas últimas décadas, e os principais desafios residem, atualmente, nas causas associadas à gestação e ao parto que influenciam a mortalidade neonatal, exigindo mais do que acesso aos serviços, mas qualidade do atendimento pré-natal, ambulatorial e hospitalar no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2005b). Nesse contexto, a articulação entre equipes de saúde da família e a maternidade local representa um passo importante para a qualidade e integralidade da atenção materno-infantil.

Outros setores também são mencionados nos relatos dos enfermeiros, enfatizando uma comunicação mais estreita, pessoalmente, por telefone ou com elaboração de relatórios:

“O CRAS e o CREAS também foram ótimos, foram excelentes. A gente sentou, as meninas fizeram um relatório, eu ajudei a complementar em algumas coisas, tirei cópia, foi carimbado. Então, depois disso eu pegava minha moto e ia direto no CREAS. Lá, pessoalmente, porque ligação não faz na unidade e a gente precisa sentar e passar as coisas. Mas, eu tenho o telefone delas aqui no meu celular. Só que agora o NASF está ajudando muito, põem a mão na massa. Aí já tem até uma pastinha pra gente enviar relatórios de pacientes pra eles. Duas pastas, uma vai e a outra fica, pra ficar indo e voltando. Aí faço o relatório e vou pessoalmente, chego lá e converso com a assistente social. Aí ela mesmo entra em contato com o pessoal do CREAS. O NASF está resolvendo tudo que tava parado aqui, sabe? coisa antiga, já resolveram um monte de coisas.” (Gabriel)

“A assistente social do NASF vem aqui toda quarta-feira. Então, quando tem algum problema a gente conversa com ela. O CRAS também ajuda bastante, bolsa família, essas coisas para criança, bolsa escola, e é bem próximo aqui do bairro.” (Omael)

“Quando identificamos um risco mínimo para a criança, ao mínimo risco, eu, pelo menos, passo o caso para o assistente social avaliar. ‘Olha, vai lá, avalia a situação, o contexto da família’. Porque ela tem uma possibilidade maior que a nossa, é mais neutra. A gente ir lá [área com maior número de traficantes] é complexo, nem sempre as pessoas vão te interpretar bem. E você vai estar aqui para atendê-la outra vez. E ela já vai achar que você está querendo entregá-la de alguma forma, prejudicá-la. E não é isso. Então, pra gente, nesses casos, é fundamental parcerias com o serviço social.” (Remiel)

Nos relatos acima, os assistentes sociais, o CRAS, CREAS e o NASF, se mostram fortes apoios para as equipes. Trabalhar com a proposta de saúde da família e com um conceito ampliado de saúde envolve lidar com questões sociais, entre outras. Esse contexto engloba situações diversificadas e complexas, difíceis de serem trabalhadas, nas quais a atuação isolada do profissional de saúde tende a não alcançar impactos significativos, sendo muito importante, por parte desse profissional, o acesso ao serviço social e outros, como parceiros no tratamento dos casos necessários.

Destaca-se também a limitação da estrutura, representada pela impossibilidade de realizar as ligações necessárias na unidade, o que onera o profissional de saúde, que diante da necessidade de atuação em prol da clientela, acaba usando de recursos próprios (deslocamento com veículo próprio), o que se não for feito pode prejudicar o usuário do sistema de saúde.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), representando a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social, assim como pela articulação das unidades a ele referenciadas, sendo sua principal atribuição o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2009e).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma referência para os CRAS, configurando-se como uma unidade de serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, entre outras, sendo que sua atenção deve ter como foco a família, promovendo o acesso a direitos socioassistenciais, a partir de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, de modo que suas atividades devem ser desenvolvidas articuladamente com a rede de serviços, incluindo os de assistência social, órgãos de defesa de direitos e demais políticas públicas, sendo a concepção de território uma ferramenta fundamental nesse sentido, destacando que o CREAS pode ter abrangência municipal ou regional, abrangendo um conjunto de municípios (BRASIL, 2006k).

Observa-se que o CRAS e o CREAS são unidades da área do serviço social que possuem em comum algumas com a ESF a proposta de ofertar suas ações com foco na família, o que favorece e potencializa as possibilidades de parceria entre esses serviços,

tornando a articulação desejável e necessária, com vistas à otimização dos recursos oferecidos pelo Estado às famílias.

Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é representado por uma equipe de profissionais atuantes em diferentes áreas do conhecimento que devem construir práticas de maneira compartilhada com os membros da Equipe de Saúde da Família frente aos problemas identificados na área de abrangência (BRASIL, 2008d).

Além do assistente social, outros profissionais são importantes na construção de um processo de trabalho que se movimenta no sentido da atenção integral à saúde da criança e da família. Assim, nas falas abaixo percebemos o valor atribuído pelos enfermeiros ao apoio recebido dos profissionais que fazem parte do NASF.

“Sempre que a gente percebe, assim, algo suspeito, a gente tem o hábito de encaminhar para o NASF. E é assim, a gente senta, aí vem a coordenadora do NASF com os profissionais envolvidos naquele caso, junto com o agente comunitário, porque aí põe a visão do agente também para ver se isso vai ser viável ou não. Porque, de repente, uma violência, se você vai passar para a frente, as vezes ao invés de resolver vai dificultar até a entrada do agente para observar em que pé que está. Porque quando passa dos limites o jeito é polícia militar, mas, tem casos que, às vezes, é melhor a gente ir acompanhado do que a gente partir para uma atitude mais radical e depois não conseguir nem entrar mais naquele domicílio.” (Rafael)

“Teve uma criança que usava oxigênio, ela tinha feito traqueostomia. Só que ela estava bem orientada, e o NASF que foi dar continuidade, a fisioterapeuta. Ela já saiu do hospital, veio ao PSF pra gente entrar em contato com assistente social e fisioterapeuta. O PSF entrou em contato com o NASF, aí eles deram um apoio importante.” (Jeliel)

“Então, vão mudando as políticas, né. O NASF tem sido um grande parceiro das equipes de PSF. Tem, porque igual eu estou te falando, o tanto que fica fácil. Você precisa de um especialista, igual saiu uma criança com sonda, às vezes, precisa da avaliação da fonoaudióloga. Às vezes, a doutora quer uma avaliação, se passa sonda se não passa, já chama, ela já vem, vem rapidinho porque eles têm carro. Aí já faz a visita, já avalia o paciente. Então, ficou bem mais fácil.” (Miguel)

“O NASF dá uma contra referência, atuam com a gente, continuam fazendo visitas de acompanhamento, chamam a enfermeira para ir junto, a equipe para ir nas visitas, sempre estão ligando para informar como está indo o caso.” (Micael)

Destaca-se nas falas a valorização do modo de trabalhar dos profissionais do NASF, por ser esse realizado em conjunto com a equipe de saúde da família, o que parece ser um diferencial que agrega qualidade e satisfação no trabalho. A ideia de apoio à equipe das unidades de saúde da família, intrínseca já na origem do NASF, favorece essa atuação, composta de comunicação, articulação e cooperação, mostrando também a importância de

como as políticas públicas de saúde são concebidas. Além disso, o entendimento e atitudes dos gestores, coordenadores e profissionais dessas equipes são determinantes para o sucesso das propostas, no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde.

As diretrizes do NASF estão voltadas para a atenção à saúde com foco na família e na comunidade; territorialização e adscrição da clientela; diagnóstico de situação de saúde e planejamento local; trabalho em equipe interdisciplinar; vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas; integralidade, resolubilidade e intersetorialidade das ações; valorização dos diversos saberes e práticas e estímulo à participação social (BRASIL, 2009c).

Entre seus objetivos, destaca-se o de contribuir para a qualificação cotidiana da atenção básica em saúde com ênfase na ESF; ampliação da resolubilidade e integralidade das ações; ampliação do acesso às ações de atividade física, saúde mental, reabilitação, nutrição e serviço social; ampliação de práticas de fortalecimento do autocuidado; incentivo da autonomia dos usuários e famílias e fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2009c).

Tais diretrizes e objetivos são consonantes com as práticas de empoderamento para a promoção da saúde, que se propõem a ocorrer por meio de atividades educativas emancipatórias, dialógicas e interativas, que incluem ações de sensibilização, informação, conscientização e mobilização para o enfrentamento de situações individuais e coletivas, em busca de transformação da realidade nos níveis individual, familiar, comunitário e social (BRASIL, 2009d).

De acordo com os relatos acima, o NASF tem contribuído para a construção da integralidade das práticas no contexto da ESF. Entre os princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, destaca-se a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 2007c). Assim, todo usuário do SUS tem direito a atendimento integral por uma equipe de profissionais que possa ajudá-lo na prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2008e). Ainda, cabe lembrar que a Constituição dispõe sobre o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 2006i).

Nos relatos dos enfermeiros é apontado que os profissionais da APAE identificam na equipe de saúde da família uma possibilidade de parceria em prol das crianças assistidas por ambos os serviços:

“A APAE ligou pra gente pra passar a situação e pedir ajuda. Um médico da APAE, o pessoal da APAE, disse que não iria aceitar mais a criança lá se ela não fizesse uma gastrostomia, que a APAE já tinha até encaminhado para um gastro, o médico falou que

tinha que fazer. Aí falaram pra a mãe: ‘Se ela vier para a gente dar alimentação aqui, a gente não vai receber’. Então, foi complicando e a gente teve que correr atrás. Nós fomos, conversamos com a mãe, que iria ter que passar pelo médico especialista. O médico disse: ‘Tem que fazer gastrostomia mesmo’. A mãe chorou, falou que não aceitava. Esse caso foi um caso que nós estivemos, sabe, na hora que a gente viu que tinha que resolver, todo mundo uniu as forças, PSF, NASF, Coordenação, APAE. O NASF tem dado um apoio importante, muito bom. A gente precisa do profissional, a gente manda o impresso falando o motivo, eles já vêm, dão um apoio muito importante.” (Miguel)

“A gente está trabalhando muito num caso sabe, é uma criança desnutrida, a mãe está no segundo filho em menos de um ano, mas já tinha cinco filhos de outro casamento. Aí, até a APAE já veio aqui nessa semana, para eu ajudar nesse caso, porque tem um dos filhos que tem problema mental que faz tratamento lá.” (Raguel)

Essas relações de parceria estão em consonância com a Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência, expressa em documento publicado em 2010 pelo Ministério da Saúde, em que afirma que as equipes das unidades de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades de saúde e a comunidade, buscando recursos locais que facilitem a atenção integral à pessoa com deficiência (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, o fortalecimento das interações transforma os espaços de cuidados à saúde, de modo que as redes de conversação são dinâmicas e devem manter-se ativas, sendo que quanto mais canais de comunicação forem identificados e utilizados mais necessidades dos indivíduos cuidados serão descortinadas e poderão ser cuidadas (AYRES, 2005).

As escolas também são citadas nas entrevistas dos enfermeiros na interação com as equipes da ESF, como vemos nos relatos a seguir:

“Ah, temos muitos casos de crianças hiperativas. Tem uma pediatra que trabalha com essas crianças, a gente encaminha para ela e para a psicóloga também. Também muitas crianças com problema de aprendizagem. A escola tem sido outra parceira, está ligando pra gente, pedindo a nossa ajuda. Então, a gente já entra em contato, às vezes, até com a APAE, que faz uma avaliação. Tiveram até famílias que quase todos os filhos, seis filhos, quase todos com problemas de aprendizagem. A gente teve que passar pelo médico do PSF, para avaliação na APAE, e alguns foram mesmo encaminhados e outros ficaram só com o psicólogo. A escola está procurando ajuda, acho que passa por essa questão dos pais não estarem muito preocupados. Hoje em dia eles não estão tendo muito tempo para os filhos, aí os profissionais da escola estão entrando em contato direto com a gente. Talvez, às vezes quando falavam só para os pais ‘Procuram’, talvez, eles não procuravam. Então, eles procuram a gente, o médico encaminha, muitas vezes, até para o neurologista.” (Micael)

“Somos parceiros da escola. Eles sempre pedem encaminhamentos ao oftalmologista para algumas crianças, entre outras solicitações, aí nesses casos a gente passa pro médico e ele nem pede pra ver a criança, já fornece na hora. E a escola também pede para a psicóloga

atender alguns alunos hiperativos. Temos a psicóloga, tanto do ambulatório quanto do NASF. O acesso à psicóloga aqui é bem facilitado.” (Uriel)

Alguns trechos acima apontam para a construção de uma relação de confiança e cooperação entre a escola e a unidade de saúde da família, sendo esses serviços locais de atendimento às crianças e famílias. Quando o médico faz um encaminhamento de uma criança a um especialista, a pedido da escola, e o enfermeiro destaca que nesse caso não é exigida a consulta na unidade, aponta essa situação como uma exceção. Entendemos que o estabelecimento dessa rotina demonstra uma confiança na necessidade identificada pela escola, buscando um caminho de atendê-la de maneira desburocratizada e em tempo hábil.

Essa relação de parceria está em consonância com o Programa Saúde na Escola (PSE), embora não tenha sido citado que o município tenha aderido a essa proposta, a qual é resultado de um trabalho integrado entre os Ministérios da Saúde e da Educação, representando uma política de articulação entre as equipes de saúde da família e as escolas da rede pública, com o objetivo de enfrentamento de vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens, e há um incentivo financeiro mensal extra, repassado aos municípios que aderem ao PSE (BRASIL, 2009d).

A advocacia em pediatria comunitária destaca o envolvimento com escolas, centros de cuidado à criança e grupos de proteção infantil (SOLOMON et al., 2007). Nesse sentido, a ênfase no estabelecimento de parcerias com membros da comunidade e organizações de proteção infantil são ressaltados para melhorar a saúde da criança (HUFFORD et al., 2009; PATERNITI et al., 2006; SHIPLEY et al., 2005). A identificação de escolas para parcerias apropriadas no desenvolvimento de projetos de advocacia da criança, bem como grupos de pais e de professores são estimulados na identificação de áreas nas quais os profissionais de saúde devem desenvolver envolvimento e participação (AU et al., 2007).

“Nós fomos lá visitar a criança, a gente fica querendo saber como ela está. Nós fomos ao hospital, nós fomos na reunião com o promotor. Ele me chamou representando o PSF, chamou [representantes] da APAE, da Assistência Social, da Coordenação, então fomos os representantes. Aí nós discutimos como que cada um poderia ajudar. E lá ficou decidido que a família também precisava ser trabalhada. A gente está tentando trabalhar a família. Trazer a família aqui para dentro. A gente tem que ficar atento para tudo. Enquanto isso, a gente visita a menina na Casa Lar.” (Miguel)

“Lá [área mais vulnerável, onde trabalhava anteriormente] eu tinha muito vínculo com o Ministério Público, porque eu mandava muita gente ir lá. Aí eu fui tendo mais direção de o que fazer ou não. O Ministério Público sempre me ajudou. Mãe que estava com dificuldade de prover as necessidades dos filhos e falava: ‘Eu fui mandada embora por tal situação’. Aí, eu já sabia que não poderia e falava: ‘Não, você vai procurar em tal lugar para saber,

porque eles não podiam ter mandado a senhora embora por isso'. Aí eu já direcionava. E o Ministério Público foi porta de entrada, muitas vezes. A pessoa pode chegar direto lá. Não precisa de intermédio de advogado.” (Haniel)

“A promotoria entra em contato conosco: ‘Recebemos denúncia de fulano de tal, geralmente criança ou idoso, favor fazer uma visita e enviar relatório’. Eu estava lá na promotoria um dia e pedi: ‘Me dá o telefone. Posso ligar?’ ‘Pode, se você precisar de qualquer coisa pode’. Me atendem super bem, quando eu ligo tem um assessor lá deles que me atende. Expliquei já casos pra ele, ele me orientou, quando ele não sabe ‘Olha você quer marcar um horário com fulano, promotor?’ Eles são ótimos! Até o momento tudo que eu já tratei com eles foi muito bom. Aprendi o telefone, aprendi o caminho e tudo mais.” (Gabriel)

Destaca-se nas falas acima a acolhida dos profissionais da promotoria, o posicionamento acessível ao enfermeiro de unidade de saúde da família. Há um entendimento de que os profissionais de ambos os serviços ocupam uma posição em comum, a de defesa pelo bem estar e qualidade de vida da população. Por meio da narrativa do enfermeiro, o promotor demonstra entender a influência do contexto familiar para a criança, bem como valoriza a atuação conjunta de múltiplos atores e serviços na defesa do bem estar infantil, reconhecendo um papel coordenador das ações em que atua.

A área da saúde e o Ministério Público receberam destaque na Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, quando foi estabelecida uma relevância pública das ações e serviços de saúde, e o conteúdo da expressão de relevância pública é usado na grande maioria das decisões judiciais referentes à área da saúde, sendo esse termo essencial à ação do Ministério Público, justificando sua legitimidade de atuar em defesa do direito à saúde (BRASIL, 2005c).

O Ministério Público brasileiro não tem como atribuição defender o Estado, mas constitui-se como defensor da população, tendo, por meio da Constituição, independência, autonomia e poderes, com vistas a defender a sociedade, o regime democrático e a lei, contra ofensas de indivíduos ou do próprio Estado, uma vez que o Estado de Direito se caracteriza pela submissão à lei, de forma que não se poderia existir um Estado de Direito Social e democrático sem instituições fortalecidas, que possam usar o seu poder na defesa dos elevados interesses da sociedade e da aplicação da lei (BRASIL, 2006b).

Em 1998, o Ministério Público divulgou o seu compromisso com o SUS por meio da Carta de Palmas em Defesa da Saúde, assinada por todos os Procuradores Gerais de Justiça do Brasil, a qual influenciou a atuação de diversos Ministérios Públicos, principalmente pela criação de promotorias especializadas em saúde, ampliando o seu leque de estratégias de

atuação (BRASIL, 2006b), fortalecendo-se como uma instância importante na reivindicação de direitos, seja como autor de ações civis públicas ou como fiscal da lei (BRASIL, 2005c).

O enfermeiro, a partir de experiências cotidianas com as famílias, vai adquirindo conhecimentos sobre a área do Direito para orientar as famílias, buscando uma forma de proteger os direitos das crianças e quanto mais informações a equipe possuir na área legal maior potencial de apoio poderá oferecer à clientela. Em um dos relatos acima, o profissional mostra ter aproveitado o momento de um caso específico tratado com a promotoria para o estabelecimento de uma parceria permanente. O profissional visualizou a ocasião como uma primeira aproximação, oportunidade para se apresentar e iniciar uma relação de comunicação que se estenderia para outros casos que se apresentassem em seu processo de trabalho, num olhar para frente, reconhecendo a natureza complexa de seu objeto de atuação - a saúde da família. Essa postura é pró ativa, por meio da qual o enfermeiro vai desenhando seus recursos de trabalho.

Os relatos mostram a importância da comunicação entre os membros da equipe de saúde da família, bem como a interação entre essa e outros profissionais e serviços, na proteção e defesa pela saúde infantil e familiar. Entre os atores mencionados estão os da unidade básica de saúde convencional, o ambulatório, da sala de vacina, da maternidade, da escola, da APAE, o assistente social, o nutricionista, o promotor de justiça e seus assessores, as equipes do CRAS, CREAS e do NASF.

Essas situações de colaboração são um exemplo de como parceiros de confiança, trabalhando juntos, podem ser eficazes em reforçar uma mensagem ou discutirem caminhos de intervenção, por meio da apresentação de diferentes pontos de vista (WHO, 2006).

Chama a atenção que a rede de parcerias que prevalece mantém-se dentro do sistema de saúde, não tendo sido citadas experiências satisfatórias, além da promotoria e de serviços sociais, com outras áreas governamentais ou não governamentais do município, evidenciando que a intersetorialidade ainda tem desafios na prática das equipes e serviços dentro desse município.

Lacunas nas relações de parceria

Os relatos dos enfermeiros enfatizam a necessidade de fortalecimento das relações de apoio entre profissionais e equipes e entre diferentes serviços, sob pena de produzir uma condição de maior vulnerabilidade para as crianças.

Um dos pontos mencionados nos relatos foi a preocupação com a amamentação e introdução de outros leites e alimentos:

“Tem o curso de gestante, onde a gente já aborda, desde o primeiro dia, em todos os encontros, sobre amamentação, direta ou indiretamente, e tem um dia que é só sobre isso. Então, elas escutam desde o primeiro dia até o final. Na visita na maternidade, que é o final do nosso curso, elas escutam de novo. Só que tem a questão cultural, e demanda paciência, tempo disponível, o que é difícil. É muito mais fácil dar um leite artificial e pronto, a criança vai parar de chorar. E o que mais a gente tem problema é que o pediatra fala outra coisa, já escutei até isso: ‘Não, seu leite não está sustentando, nós vamos passar outro.’ E vai totalmente de encontro com tudo que a gente falou, é um trabalho todo, de meses, que vai para o ralo. Muitos acabam dando mais atenção ao médico, isso é social não adianta.” (Jeliel)

“A gente tem um monte de pediatra que as indústrias de leite ficam em cima. É notório que até pediatras do SUS recomendarem leites industrializados. Analisa a questão: são famílias carentes. A gente vê que algumas acabam comprando, elas falam: ‘Ah, eu dou pelo menos uma latinha por mês’. Ainda está difícil essa questão. Mas vem evoluindo bastante, melhorou bastante, até pelo trabalho que a Santa Casa faz e também pelo que a gente tem feito, porque a gente está aqui todo dia martelando isso com as mães.” (Remiel)

“Muitos já saem do pediatra com aquela receita do NAN, de complementação, principalmente menino, porque eles mamam mais. Ah, atrapalha demais!” (Haziél)

“Essa questão dos pediatras, eu acho que seria importante a gente falar a mesma língua. Mesmo se eles tiverem alguma outra opinião, que fosse discutida entre os profissionais, porque a gente trabalha para a criança, então a gente tem que ver o que é melhor para ela. De repente, até têm coisas que eles sabem que a gente não sabe.” (Uriel)

Os relatos expressam algumas dificuldades de diálogos entre os profissionais de saúde para o acompanhamento da saúde da criança, particularmente nas questões que envolvem o aleitamento materno e alimentação complementar, podendo prejudicar o trabalho de defesa da amamentação. Mostra-se necessária o incremento de mecanismos de comunicação e discussão, como parte de uma rede de apoio à saúde da criança.

A interferência negativa das indústrias de leite sobre a atuação do pediatra foi mencionada em uma das falas.

Segundo a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), que tem como objetivos regulamentar a comercialização de produtos que podem prejudicar o aleitamento materno e protegê-lo das estratégias de *marketing* que levem ao desmame, os profissionais de saúde devem ter como princípio não aceitar patrocínio das indústrias de alimentos, mamadeiras, chupetas e bicos, cigarros e bebidas alcoólicas, além dos laboratórios

farmacêuticos, por entender que isso implica em conflito de interesses e conduta não ética (BRASIL, 2009b).

Muitos profissionais que cuidam da saúde infantil têm desencorajado a amamentação involuntariamente, influenciados inconscientemente pelas empresas, sendo necessária a reflexão sobre seu papel na proteção da saúde das crianças, reconhecendo que algumas decisões pessoais, como aceitar um presente ou patrocínio, assistir a uma conferência subsidiada ou ler um material patrocinado pelas empresas, acaba influenciando a orientação que será oferecida à mãe e criança (BRASIL, 2009b).

Quanto à interdisciplinaridade, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil preconiza que os profissionais de apoio, como pediatra, outras especialidades médicas e demais profissionais, devem participar da atenção à saúde atuando de forma articulada com a equipe de saúde da família, contribuindo também no estabelecimento de mecanismos de educação continuada com a equipe, tanto em termos do conteúdo quanto da prática do cuidado em saúde da criança, além de desempenhar o papel de retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe (BRASIL, 2004a).

“Às vezes eles expõem a gente, principalmente o CREAS. Isso é a dificuldade maior. Teve dois casos que a gente não passou, principalmente por causa disso. É que vai expor, vai falar o português claro, e aí vai complicar a nossa situação.” (Rafael)

Aqui aparece um aspecto delicado nas parcerias, que é a necessidade de cada profissional ou serviço saber preservar o sigilo sobre o envolvimento do outro no caso. Isso se torna especialmente importante para as equipes de saúde da família, pela necessidade de preservação do vínculo com as famílias. No caso relatado acima, uma situação mal conduzida por um serviço de apoio, resultou na exposição da equipe da ESF, que por sua vez optou por não buscar mais a referida parceria, quadro que pode gerar uma situação de maior vulnerabilidade para as crianças, principalmente em casos em que a ação articulada de ambas as equipes seria importante para a proteção do bem estar infantil.

O relato acima reforça o quadro retratado pelo Ministério da Saúde, quando destaca entre os problemas enfrentados pelo SUS, sobre a presença de fragmentação nos processos de trabalho e nas relações entre os diferentes profissionais, a fragmentação da rede assistencial no que se refere à complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, precária interação dentro das equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de saúde, situações que vêm atreladas ao baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, mantendo o princípio da integralidade como um grande desafio (BRASIL, 2006h).

Alguns relatos apontam a falta de profissionais, com destaque para a área de odontologia:

“A gente sente falta da saúde bucal no PSF. A gente vê que muita criança não escova os dentes, mesmo você orientando a mãe, e tem muita criança com cárie. É o que falta aqui. E a gente está restrita a orientar escovação, passar gazinha quando não tem dente. Então, às vezes, seria necessário ter esse dentista para estar ajudando a gente.” (Micael)

O profissional entrevistado menciona a ausência da equipe de saúde bucal como uma lacuna na proteção da saúde da criança na ESF. Há um trabalho de orientação e prevenção por parte do enfermeiro, mas o odontólogo poderia desenvolver uma atuação específica.

A saúde bucal é integrante desse contexto de saúde como direito e conquista social do Estado brasileiro, tanto em relação à promoção e prevenção quanto às ações assistenciais, e é um grande desafio tornar essas ações um direito garantido a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, de modo que nesse sentido, um dos caminhos é a incorporação de Equipes de Saúde Bucal na ESF, sendo necessária a continuidade da expansão do número dessas equipes (BRASIL, 2002c).

Outros aspectos também foram relatados no tocante à pouca interação com outros setores:

“O Conselho Tutelar, quando a gente precisou de algum caso foi mais difícil, eu nunca consegui realmente resolver.” (Haziél)

“A avó procurou a gente falando que o pai, esse caso eu não resolvi ainda, faz pouco tempo, estava batendo na criança, mordendo, a criança estava mordida. A criança tem uns cinco anos. Eu fui à assistente social, conversei, eles me deram o número para a avó ligar anônimo, porque a avó falou: ‘Não posso falar que sou eu’. Eu dei o número, só que depois a avó voltou aqui e falou que não havia ligado ainda, mas agora a neta está morando com ela na roça. Aí eu fiquei um pouco mais sossegada. Eu falei: ‘A senhora não pode falar para a filha da senhora, fala para ela vir aqui conversar comigo’, ‘Não, minha filha não pode nem saber que eu vim aqui’. Então, é delicado. Ela disse que o pai tinha voltado a trabalhar, porque ele estava bebendo quando ele estava sem trabalhar. Só que ele falava para ela que era de carinho que ele fazia isso. Tem base? Ela falou que a mãe fica chateada, já separou várias vezes. Eu falei para ela: ‘Fala para a filha da senhora que eu preciso falar com ela’, para ver a versão dela também. Conversei no Conselho, foi até um dia que o Conselho estava com uma tenda num evento. Falei: ‘Estou com um caso assim na minha área e tal’. Eles me deram o número do telefone: ‘Oh, pede para ela ligar anônimo pra gente, porque tem que ligar, não tem outro jeito não’.” (Miguel)

“Já vi criança com um galo deste tamanho, a mãe com problema mental, e eu chamei polícia, chamei Conselho Tutelar, o que eu pude fazer eu fui atrás, anotei no livro de ocorrência, tudo

direitinho. Mas, a gente não tem retorno, contra referência, a gente não sabe o que aconteceu, a gente só sabe porque a gente vai na casa.” (Gabriel)

“Ocorreram casos da gente ter que entrar em contato com o Conselho Tutelar, de crianças que estavam sendo deixadas sozinhas em casa, sempre apareciam com alguma queixa, narizinho escorrendo, desleixadas. Mas, não tinha contra referência, a gente tinha que ficar ligando atrás do Conselho para estar sabendo, ‘Oh, o que aconteceu?’ ‘Qual o andamento que foi dado para essa família?’. Eles não discutiram com a gente pra atuar junto.” (Micael)

“Uma criança de uns cinco, seis aninhos, já era bem grandinho. Foi um galão que pegava a testinha dele e o olhinho. Aí a mãe chegou aqui falando que não ia levar pro Pronto Socorro de jeito nenhum. A própria criança contou que o pai tinha batido e a mãe confirmou. Aí que dó, se você vê que gracinha, que dó! Acionei serviço social, serviço social jogou pro Conselho Tutelar, me deu o telefone e eu liguei, fiz tudo do meu bolso, porque nenhum deles era ramal. Aí o Conselho: ‘Ah, você tem que chamar a polícia’. Chamei a polícia. Eu falei pra mãe: ‘Oh, vamos ficar aqui que eu vou chamar a ambulância, é pra gente tirar um raio X pra vê como é que ele tá’. Aí ela: ‘Não, porque não precisa’. Então falei: ‘Olha a responsabilidade é da senhora, como é que faz? Assim, esse menino pode ter algo mais grave, não pode ser assim não, você está aqui e eu tenho a obrigação de orientar, de encaminhar pra onde tem que ser encaminhado’. No que eu fui chamar a ambulância, a mãe catou o menino e oh saiu correndo. relatei tudo, fui na casa, ela escondeu, não me atendeu, nem sei se ela estava lá. Chamei a polícia, chamei, relatei. O cara tonto [alcoholizado] tinha que ser indiciado ou qualquer coisa pelo menos. A minha concepção de justiça é essa, foi onde eu chamei a polícia, só que aí ele já não tava mais. Expliquei tudo pra eles, aí a própria polícia falou assim: ‘Ah, mas tem que acionar o Conselho Tutelar’. Aí eu falei: ‘Eu já liguei’. Um joga para o outro, entendeu.” (Gabriel)

Nas falas acima nota-se que os enfermeiros sentem falta de interação, de mecanismos de contra referência e de uma melhor resolutividade dos casos encaminhados ao Conselho Tutelar.

Algumas situações relatadas parecem apontar atuações omissas aos preceitos definidos no ECA, quanto à obrigatoriedade de se comunicar ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança, e quanto à atribuição do Conselho Tutelar de encaminhar ao Ministério Público notícia de fato contra os direitos da criança (BRASIL, 2006a).

Essa é uma lacuna importante, que pode violar a garantia dos direitos da criança, uma vez que os casos nos quais se manifesta a necessidade de inserção do Conselho Tutelar já tendem a ser mais complexos e graves, envolvendo aspectos que a equipe de saúde não possui condições de resolver sozinha. Trata-se de casos para os quais o Conselho é a referência oficial, de forma que a fragilidade de sua atuação representa um quadro sério, que agrava as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas crianças.

Santos e Ferriani (2009, on line) mencionam a necessidade de melhor estruturação e articulação no trabalho do conselho tutelar com outros serviços:

O Conselho Tutelar ainda carece de melhor estruturação, pois desde a implantação sua atuação vem sendo discutida de forma não estruturada pela sociedade e até o momento não encontramos mudanças na sua atuação. A formação de uma rede para atendimento à infância poderá favorecer ações conjuntas entre os vários setores que atuam em prol da criança vítima de violência e intensificar ações sobre o problema da violência infantil.

Aqui, reforça-se que os profissionais da saúde e da educação possuem a obrigação ética e legal de notificar o Conselho Tutelar ou, em sua falta, o Juizado da Infância e Juventude, sendo necessário considerar que as conseqüências da não notificação podem ser muito danosas para a criança, de forma que se omitir diante das situações identificadas, por insegurança em relação às implicações e à complexidade dos casos, representa negligência e descumprimento da lei (BRASIL, 2006j).

Autores têm encontrado em seus estudos que os profissionais de saúde não estão preparados para lidarem com situações que envolvem violência contra a criança, apresentando dificuldades que se relacionam a aspectos culturais, éticos e legais, sendo fundamental que esses agentes tenham conhecimento acerca dos instrumentos e das leis criados para assistir e proteger as crianças e famílias (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

É necessário, portanto, preparar-se para lidar com essas situações, instrumentalizando-se e encorajando-se para adotar as condutas adequadas, sendo facilitador nesse sentido, a comunicação permanente com as organizações de proteção às crianças (BRASIL, 2006j).

Nesse contexto, destaca-se que prevenir ou tratar casos de violência infantil é uma das muitas tarefas dos profissionais inseridos nas equipes de saúde da família, de forma que iniciativas de educação permanente nesse sentido, bem como a qualificação das instituições de proteção à criança e a ampliação das redes de apoio a essas equipes, podem contribuir para reduzir a insegurança profissional, resultando em redução dos casos de maus-tratos não notificados (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

A Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde, através da política Cultura de Paz defendem que os profissionais de saúde devem:

assumir sua parcela de responsabilidade na abordagem do problema da violência, a partir do tratamento apropriado das vítimas, passando pela geração de informações com qualidade, como também seu papel na liderança, facilitação e participação de outros setores na definição e execução de políticas públicas integradas de prevenção de violência e promoção da saúde (BRASIL, 2008c, p. 52).

Muitas das situações a serem abordadas referem-se a casos de violência intrafamiliar que, segundo o Protocolo de Cooperação firmado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, representam problemas complexos e conflitantes, comuns no cotidiano de questões enfrentadas pelas equipes de saúde da família, as quais devem buscar parcerias com os profissionais e setores que trabalham na proteção e defesa dos direitos, articulando iniciativas no tratamento das situações de violência que ocorrem dentro dos limites físicos e simbólicos do domicílio (BRASIL, 2001b).

A percepção da necessidade de melhor comunicação entre os setores também aparece entre os relatos:

“Eu acho que a gente precisaria melhorar a questão da comunicação entre os setores, trabalhar realmente essa intersectorialidade para a gente tentar buscar mecanismos para ajudar essas famílias que estão adoecidas, porque normalmente não é só um indivíduo não, é a família toda. Então, acho que se a gente juntar todo mundo a gente poderia estar tentando buscar mecanismos para ajudar essas famílias a mudar a situação que se encontram. Até mesmo a Pastoral da Saúde, poderia ser uma boa aliada, a Pastoral da Criança. Eu acho que a gente tem que buscar parcerias também na comunidade.” (Rafael)

Na visualização da necessidade de uma rede mais articulada, com a construção de apoio sistematizado, inserindo inclusive ações não governamentais, cada um com seu potencial de atuação, as práticas podem ser fortalecidas mutuamente, alcançando melhores impactos na defesa da saúde e qualidade de vida das crianças.

Em muitas sociedades, fortes redes de apoio foram estabelecidas por meio das ações de organizações não governamentais que advogam pelas causas que defendem (WHO, 2003). As organizações não governamentais têm desempenhado importante papel na defesa do direito à saúde, sendo um exemplo importante as ONG que defendem os interesses dos portadores do HIV, principalmente pelas ações ajuizadas pleiteando o fornecimento gratuito de medicamentos antirretrovirais de alto custo pelo governo, bem como pelas mobilizações organizadas pela quebra das patentes (BRASIL, 2005c), de maneira que as conquistas judiciais relacionados à AIDS tornaram-se referência jurisprudencial para que pessoas com outras necessidades exijam do Estado a garantia de recursos importantes para a promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2008f).

Uma organização não governamental que defende uma causa busca influenciar para que algo seja reconhecido e garantido como um direito, de forma que grande número desses grupos sociais, seja com atuação local, regional, nacional ou internacional, tem incluído entre

suas atribuições a prática de advocacia, termo que tem sido citado nos documentos dessas organizações (BRASIL, 2003d). Assim, podem tornar-se potenciais as iniciativas de parcerias das equipes de saúde junto a grupos não governamentais.

Numa rede organizada seria desejável a elaboração de uma lista com dados de acesso de todos os serviços governamentais e não governamentais, a qual seria utilizada para facilitar a comunicação entre as equipes, bem como para orientar a população a buscar o serviço. Algo relevante que pode potencializar a atitude de advocacia articulada na prática diária dos serviços. Esse tipo de informação parece ainda não estar disponível de forma organizada, conforme expressa a fala abaixo:

“Eu falo: ‘Olha, tem os advogados da faculdade [projeto do Curso de Direito que atende a população gratuitamente], você sabia que existe isso?’ ‘Funciona em tal horário, assim, assado’. Eu até tinha essa planilha de horário, pois uma vez veio um estagiário e afixou essas informações. Mas, o que eu sei é isso. Porque certas coisas a gente sabe, agora tem umas que a gente não tem a mínima ideia.” (Gabriel)

Há o reconhecimento do serviço de saúde como um local para divulgação de um serviço da área do direito prestado à população. A partir disso, é possível vislumbrar um caminho para construir relações de parceria entre serviços da área da saúde e do direito.

Para exercer seus direitos, muitas vezes será necessária a orientação ou atuação de um advogado, e o cidadão tem o direito à assistência judiciária gratuita prestada por meio da Defensoria Pública ou, dependendo do Estado, da Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), além da possibilidade, em alguns casos, de receber apoio jurídico de grupos organizados da sociedade, como ocorre com grupos protegidos por ONG, sendo que algumas delas defendem sua clientela também em juízo (BRASIL, 2005c).

Desse modo, é muito importante a atuação do profissional de saúde na divulgação de informações como essas, apontando os recursos disponíveis aos cidadãos para o exercício de seus direitos. No exercício da advocacia da família mostra-se valiosa a capacidade de oferecimento de ajuda prática sobre o uso de recursos da comunidade (GRANT et al., 2007; PATERNITI et al., 2006). O enfermeiro de saúde pública, no exercício da advocacia política, assistindo famílias, especialmente aquelas vivendo em pobreza ou vivenciando alguma forma de privação, deve identificar serviços apropriados que dirijam esforços políticos e desempenhar estratégias articuladas dentro da estrutura na qual atua (COHEN; REUTTER, 2007).

Estudo aponta que um instrumento de triagem como um questionário pode auxiliar o profissional de saúde a identificar famílias com necessidades de referenciamento para serviços

de advocacia, tornando a assistência mais efetiva do que a intervenção clínica isolada, sendo que esse instrumento pode ser utilizado na rotina de cuidado à criança e respondido pelos pais ou cuidadores das crianças assistidas (KELLER et al., 2008). Esse questionário é utilizado pelo Centro de Advogados de Famílias de Massachussets, que representa uma parceria entre médicos e advogados que assistem famílias de baixa renda nos assuntos que afetam a saúde da criança, e em uma pesquisa na qual 255 pais responderam o instrumento, 85 famílias foram encaminhadas a serviços de advocacia, enquanto apenas 35 dessas foram identificadas quanto a tal necessidade apenas pela percepção do profissional em seu cuidado primário de saúde, antes da aplicação do questionário (KELLER et al., 2008).

Os relatos dos enfermeiros entrevistados trazem lacunas na rede de apoio profissional, sendo mencionadas dificuldades dentro da própria equipe, divergências de orientações com os pediatras, risco de exposição do envolvimento da equipe da ESF, bem como a fragilidade de atuação e falta de credibilidade no Conselho Tutelar. Foi apontada a necessidade de mais comunicação e sistematização na rede de parcerias municipal, devendo abranger serviços governamentais e não governamentais na advocacia pelo bem estar infantil e familiar.

Limites na integralidade e intersetorialidade das ações na rede

As entrevistas apontam limites no processo de trabalho desenvolvido diante de casos que exigem ações integradas da equipe de saúde da família. As principais origens das dificuldades são questões organizacionais, estruturais e de gestão, passando pelas concepções e atitudes consolidadas entre os profissionais, a partir de compreensões de rede produzidas no município.

“É, a gente está observando assim que o PSF ele é a porta de entrada, ele manda para frente só que ele é a porta de saída também. Fica assim, vai e volta para o PSF. E a cobrança é toda na gente. Quando chega a internar, a assistente social do hospital não quer saber o que aconteceu, liga aqui: ‘Uai e o PSF o que estava fazendo?’, ‘Uai gente, vocês não acompanhavam esse caso?’. Então, a cobrança é só para a gente, ninguém cobra outros setores, mas ninguém quer dar o suporte, quer jogar só para o PSF. Porque todos acham que o paciente é só do PSF, eles não entendem que o paciente é nosso, é meu, mas é seu também. Vai aborrecer, é só a porta de entrada. Fica pesado e a gente, além de enfermeira, ainda tem que fazer essa parte social, que eu vejo assim uma necessidade urgente de um psicólogo e de um assistente social dentro do PSF, não é um no NASF não, é no PSF mesmo, apesar que tem dado uma ajuda, antes deles era muito pior.” (Rafael)

Observa-se que, embora exista um sistema de saúde local, há maior exigência para a ESF, gerando uma sobrecarga de funções para a equipe da unidade de saúde da família, na

visão do enfermeiro. Esse contexto tende a acontecer em função do espaço que a unidade de saúde da família ocupa, de referência central do paciente dentro do sistema de saúde. Um processo continuado de comunicação e discussão efetiva entre representantes dos diversos serviços, organizado pelos gestores, poderia contribuir para um compartilhamento de responsabilidades mais equitativo entre os profissionais, aumentando a satisfação no trabalho e a qualidade das ações prestadas aos usuários, o que acabaria por fortalecer a rede de apoio das crianças e famílias, tornando-as menos vulneráveis.

O enfermeiro também destaca que se vê diante da necessidade de desempenhar funções que seriam favorecidas pela presença do psicólogo e do assistente social como membros da equipe, não descartando a importância do apoio recebido após a implantação do NASF.

A identificação da necessidade desses profissionais na equipe pode estar atrelada a uma rotina de trabalho em que há uma abordagem da saúde da família em seu conceito amplo, não restrito à ausência de doenças. Assim, quanto mais a equipe avançar rumo à atenção integral à família, mais sentirá falta de outros profissionais, num caminho de reconhecimento e valorização da interdisciplinaridade. O enfermeiro é o membro da equipe que mostra condições para desempenhar um pouco das funções dos profissionais ausentes, diante de sua formação ampla e generalista, tornando-o fundamental no serviço, o que pode também contribuir para o sentimento de sobrecarga de papéis, conforme relatado na fala acima.

Um trabalho complexo, como aquele que busca atender às propostas da APS e da ESF, demanda uma atuação interdisciplinar articulada, exigindo a presença dos profissionais pertinentes às principais necessidades apresentadas pela clientela. Uma ação importante no processo de trabalho das equipes, no sentido de alcançar um cuidado interdisciplinar, é discutir as histórias familiares em equipe, com todos os profissionais envolvidos na ação, refletindo, avaliando e sugerindo em conjunto as condutas relevantes para determinado caso, a partir de olhares diferentes, de forma que cada profissional se compromete com determinadas tarefas, de acordo com as respectivas competências, num processo continuado em que as responsabilidades são compartilhadas e o caso continua sendo discutido enquanto se mostre necessário (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2007).

“A gente sentou junto com o NASF. Eu falei: ‘Vou conversar lá no CAPS para ver qual o apoio que eles podem nos dar’. Porque ali não é só um da família que tem problema, ali são todos, começa do avô e vai até as netas, a mãe da criança e tudo mais. Aí, a coordenadora do CAPS falou que não poderia fazer nada. Quando entramos em contato ela falou que não podia ajudar, que a única coisa que eu podia fazer era chamar o Conselho Tutelar para ele levar a criança. Falei: ‘Não, mas não é esse o objetivo’. Então, o meu objetivo, eu queria

uma avaliação do CAPS, para ver o que poderia fazer pela família, dar um suporte. Eu tentei por duas vezes, não tive sucesso.” (Rafael)

Chama a atenção a ausência de co-responsabilidade entre os serviços, o que dificulta o seguimento iniciado pela equipe de saúde da família, bem como torna as relações desgastantes e o trabalho sobrecarregado, diante de casos de difícil condução, nos quais a única certeza que parece prevalecer entre os serviços é de que se trata de um problema da ESF, que deve ser mantido o máximo de tempo por lá, adiando o envolvimento do segundo serviço, corroborando com o relato anterior. Esse quadro minimiza muito as possibilidades de resolutividade no âmbito da ESF, e, em última instância, viola o direito à saúde, tornando-se uma importante questão a ser discutida pelos profissionais e tratada pelos gestores do sistema de saúde municipal.

A situação relatada acima contém elementos contrários aos indicados na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, denominada HumanizaSUS, que preconiza a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos participantes do processo de produção em saúde, incluindo não somente usuários, mas também trabalhadores e gestores, bem como o comprometimento mútuo entre todos os agentes envolvidos nas práticas de saúde, com co-responsabilidade a partir do estabelecimento de vínculos solidários e da construção de redes de cooperação no processo de trabalho (BRASIL, 2006h).

Além disso, sugere um prejuízo do processo de advocacia, no qual os alvos secundários devem estar alinhados com esforços de defesa e dispostos a trabalhar em conjunto, sendo capazes de ajudar a influenciar as partes primárias interessadas (WHO, s.d.b).

Ainda nesse sentido, autores afirmam que o impacto das ações das equipes de saúde da família sobre a qualidade de vida dos usuários depende diretamente da capacidade de atuação articulada da rede de profissionais e serviços (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Ressalta-se que a concepção de serviços de saúde integrados pode ter múltiplos significados, como, por exemplo, experiências desenvolvidas em intercâmbio e a elaboração de propostas e de avaliações em conjunto, permitindo abarcar muitas modalidades de integrações (OPAS, 2005). Observa-se que a iniciativa do enfermeiro relatada na fala acima se afina com essa proposta.

Situação semelhante é relatada na fala a seguir:

“Mas, aí a gente foi ver, o problema não era tanto dela, é o problema que ela tem. Ela tem uma doença mental, só que a doutora fez um encaminhamento para a saúde mental, a saúde

mental falou que ela estava normal. Ah, mas que ela tem algum problema tem, sinceridade tem! Se você ver...você já vê. Só que a doutora pôs o CID dela como Síndrome de Munchausen, que a mãe involuntariamente quer prejudicar a criança. Então, essa síndrome, lá na saúde mental eles falam que ela não tem. Mas, também não investigaram outras coisas, entendeu? Aí parou por aí. Porque a gente também vai indo cansa. Porque se não for essa síndrome, ela tem outro problema, mas eles já encerraram o caso. O NASF também já foi lá. A filha dela tem só um ano e cinco meses e está com muito baixo peso. A nutricionista vai lá também, e eu tenho aqui os gráficos dela, são alarmantes!” (Raguel)

Depreende-se que a saúde mental é uma área de conhecimento que a equipe da ESF precisa de apoio e de um sistema eficiente de referência e contra referência. Além disso, uma rotina de comunicação fluida entre ambas as equipes, da ESF e do CAPS, pode resultar em um processo de capacitação da atenção primária para lidar melhor com casos de saúde mental, construindo uma relação de apoio mútuo, fortalecedora dos dois serviços em busca de resolutividade, tratamento e atenção integral à saúde.

As diretrizes políticas apontam que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre os serviços de atenção à saúde mental, têm um papel estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo a função não só de prestar atendimento clínico, mas também de inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, bem como de regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e de oferecer suporte à atenção à saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2005a). Ao organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais é importante o acolhimento e a atenção às pessoas, fortalecendo os laços sociais do usuário em seu território, incluindo a reinserção social desses indivíduos com acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005a).

A atuação em serviços de saúde mental tem como um de seus desafios o de qualificar a atenção prestada às famílias, representando esse um desafio especial para os profissionais, tornando necessárias transformações na formação e educação permanente desses sujeitos, por meio de estratégias que devem envolver todos os agentes humanos que estão no caminho necessário de mudanças (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

As equipes de saúde da família se deparam cotidianamente com problemas de saúde mental e, por sua proximidade com as famílias e comunidade, configuram agentes importantes para o enfrentamento desses problemas. Contudo, nem sempre, apresentam-se preparadas para essa tarefa, de forma que será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica, compartilhando casos e responsabilidades, por meio de discussões e intervenções conjuntas, incluindo também as famílias e comunidades, com

possibilidade de atendimentos conjuntos, além de ações de supervisão e capacitação, tornando mais eficazes as práticas nos dois níveis de atenção (BRASIL, 2005a).

Nesse sentido, autores apontam que a incorporação da atenção em saúde mental pelas equipes de saúde da família vem ocorrendo de forma lenta, muitas vezes prejudicada pela realidade de fragilidades nos serviços especializados em saúde mental, tanto no que se refere à quantidade quanto à qualidade, levando à desarticulação entre os serviços, também por mecanismos insatisfatórios de comunicação entre as equipes (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Existem também os CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, em geral voltados para demandas de municípios com mais de 200.000 habitantes, devendo funcionar durante os cinco dias úteis da semana e atender pelo menos cerca de 180 crianças e adolescentes por mês, sendo que a expansão dessa rede específica a esse segmento populacional é considerada fundamental para mudança nos paradigmas de assistência aos transtornos psíquicos na infância e adolescência (BRASIL, 2005a). O município local do presente estudo apresenta uma população menor do que a citada acima e não possui CAPSi.

As narrativas dos enfermeiros entrevistados retratam a pouca articulação entre a atenção primária e o serviço de referência em saúde mental, sugerindo aspectos que podem violar o direito à saúde das pessoas com transtorno psíquico e de seus familiares, fazendo-se necessário, diante desse contexto, o exercício de advocacia. Segundo a OMS, esse exercício deve buscar mudanças no ambiente sociopolítico que resultariam em melhorias para a saúde mental, o que poderia ser feito por meio de iniciativas que levantassem a questão no debate público local, de modo a aumentar o apoio público e dos gestores para políticas mais eficazes no campo da saúde mental, encorajando também grupos comunitários que possam ter interesse na saúde mental a participar ativamente desse processo (WHO, 2003).

Há também relatos que expressam desencontros de comunicação e a necessidade de lidar com situações difíceis:

“Então, a gente já fez a ocorrência com a assistente social [caso de falta de cuidados de higiene com as crianças e o domicílio] e não resolveu. E, infelizmente, a gente não conseguiu nada, ainda. A gente procurou por último foi a do NASF, antes não tinha, era pior ainda. Agora não, a gente tem um retorno, só que a gente ainda está esperando, é difícil. A primeira fez uma visita. A outra fez a visita também, só que não resolveu, está do mesmo jeito. Ela só foi lá, orientou.” (Haniel)

“Discutimos e chegamos à conclusão de que a creche seria uma alternativa, que a criança seria melhor cuidada lá do que em casa. Conversando, conseguimos a vaga para a menina, mesmo sem a mãe trabalhar. Mas, não conseguimos levar a criança pra lá, porque a mãe não tem horário, não tem regra, não tem nada.” (Haziél)

“A mãe veio aqui só uma vez, em uma consulta de puericultura, e não voltou mais, ela tem problema mental mesmo, é do tipo que faz programa com homem a troco de um sorvete. A gente tentou abordar a questão de planejamento familiar, mas sem sucesso. Depois tentamos dar injeção nela porque não tinha outro meio, fizemos a primeira injeção e só, ela não voltou mais. Fizemos controle de busca ativa para fazer, mas não adiantou. Agora a gente está tendo o apoio do NASF. Esses casos eu passo para o NASF, para a assistente social. Ela vai, faz a visita e se necessário passa o caso para o CRAS. O NASF até que o que ele pode fazer, mas, o que eles podem fazer também? Porque orientação a gente passa.” (Jeliel)

Há alguns casos de difícil e árdua atuação, nos quais as ações das parcerias, mesmo que bem estabelecidas, terão importantes limites de impacto, pois esbarram no autogoverno de cada cidadão e em seu direito de autonomia, mesmo que a equipe acredite que esse usuário não está em condições plenas para escolher o melhor caminho. Trata-se de situações com determinantes sociais, com problemática acumulativa e evolutiva. Assim, em uma das situações relatadas acima, a difícil busca da equipe pela contracepção representa um movimento de proteção da infância e da saúde da mulher, tendo em vista que uma criança nasceria, no caso, em precárias condições e em contexto de vulnerabilidade.

Ações isoladas de alguns profissionais e ou de setores podem ser incipientes na resolutividade de questões da saúde, reafirmando a necessidade de uma concepção mais ampla de saúde, conforme proposto pela Reforma Sanitária, na qual a saúde está atrelada às condições dignas de vida, como resultado de aspectos objetivos e subjetivos que são influenciados pelas políticas públicas vigentes no país, as quais devem ser articuladas, sistemáticas e intersetoriais, resultando em uma atuação efetiva do Estado sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2007c).

Assim, para contemplar não somente o direito à saúde, mas o conjunto de direitos fundamentais que devem ser garantidos à população infanto-juvenil, a doutrina da proteção integral, proclamada pela Constituição Federal, pela Convenção dos Direitos da Criança e pelo ECA, exige a composição de uma rede, com o envolvimento entre diversos setores e atores sociais (BRASIL, 2002a; MOROSINI; REIS, 2007).

Outro relato expõe aspectos sobre o fluxo de informações entre os serviços:

“Eu acho que o CRAS tinha que ser mais atuante, porque eles já são mais bem preparados para atuar nessas questões sociais, são profissionais assistentes sociais, podem entrar na casa, conversar, ter uma abordagem diferenciada, porque nós fazemos o que dá para fazer. E

a gente tem que resguardar o vínculo do PSF. De repente, a gente toma uma atitude mais drástica, promotor e essas coisas todas, e a família já não vem mais, não confia mais. Inclusive, o assistente social do NASF comentou que estão sendo difíceis essas articulações, porque, às vezes, manda para o CRAS fazer visita e o papel fica lá, demora. Eu não sei se é por falta de profissional. O NASF faz a visita, faz orientação, até tem o plantão da assistente social aqui no PSF, todas as quintas-feiras, às nove horas ela está aqui. Então, o que é possível a gente faz.” (Jeliel)

No fluxo do sistema municipal, casos que foram inicialmente abordados por um serviço podem ter sua resolutividade prejudicada pela presença de pontos onde há uma desaceleração na continuidade da assistência, podendo impactar negativamente nos resultados da atitude de advocacia iniciada pelos primeiros, em seus processos de trabalho.

Estudos sobre a assistência à população infantil têm demonstrado que o fluxo dos processos de referência e contra-referência é um grande desafio, muitas vezes lento e insatisfatório, gerando baixa resolutividade, como consequência, em especial, de falhas na organização e na atuação da rede de serviços, mostrando serem fundamentais as iniciativas e os investimentos na estrutura, organização e capacitação de todos os profissionais envolvidos (ALEXANDRE et al., 2010; SILVA et al., 2009).

A fragmentação dos serviços é uma causa do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde, podendo se manifestar de múltiplas formas e refletir-se nos diversos níveis do sistema, resultando, entre outros aspectos, em falta de acesso a ações, o que acontece principalmente pela oportunidade de atenção perdida na continuidade do processo assistencial (OPAS, 2005).

Essa limitação também existe diante da necessidade de atuação do Conselho Tutelar, conforme as falas abaixo:

“A gente fica até um pouco, assim, de mãos atadas, quando a gente se depara com algumas situações. Porque, infelizmente, o que a gente observa na prática é que, às vezes, o serviço social não funciona. Às vezes, é o próprio enfermeiro que tem que lutar, ligar para o Conselho Tutelar. O Conselho, muitas vezes, despreparado também, não sabe como agir. Então, a gente se vê, às vezes, meio que sozinho na luta.” (Rafael)

“E o Conselho Tutelar, até a área física deles, a estrutura física deles não tem condição nenhuma de trabalho, não tem sala individual pra abordar os pacientes de maneira privativa, a gente que vivencia isso, o sistema é muito omissivo. Eu acho que a gente podia ter mais parceria do Conselho Tutelar, saber quem são as pessoas, a gente podia ter uma palestra deles, ou uma reunião com eles. Eu descobri o telefone com um telefonema que fiz, nem sabia onde é o Conselho Tutelar. Não existe essa comunicação. Estou te falando em relação mesmo aos direitos, essa área judicial mesmo. Com a polícia também, por que não? Uma orientação sobre como eu vou abordar o caso de uma criança com suspeita que está sendo violentada? O conteúdo que a gente tem sobre isso na faculdade é muito escasso, e não adianta, só depois

de começar a trabalhar é que a gente passa a ter noção das situações. Outros setores estão melhor preparados e podem nos ensinar.” (Gabriel)

“Não sei, porque eu trabalhei no nordeste e lá o Conselho [Tutelar] não tinha respeito nenhum, ninguém respeitava. Aqui eu não sei, estou aqui há pouco tempo. Mas aqui tem mais lei, né?” (Uriel)

As limitações manifestadas referentes à atuação do Conselho Tutelar estão relacionadas, entre outros fatores, à falta de exigências para a composição e funcionamento desse serviço, que sejam compatíveis com a sua complexidade e importância em casos de violação dos direitos das crianças, sujeitos esses incapazes de agir satisfatoriamente em sua própria defesa.

Segundo o ECA, o local, dia e horário de funcionamento do Conselho Tutelar, bem como eventual remuneração de seus membros, devem ser determinados por lei municipal, sendo os pré-requisitos para se candidatar a membro do Conselho, o reconhecimento de idoneidade moral, idade mínima de vinte e um anos e residir no município, enquanto a previsão dos recursos necessários ao funcionamento desse serviço deve constar da lei orçamentária municipal (BRASIL, 2006a). Os relatos remetem à importância de privacidade e estrutura física para o Conselho Tutelar atuar, o que é condizente com as atribuições desse serviço, previstas no ECA, estando entre elas a função de atender e aconselhar pais e responsáveis (BRASIL, 2006a).

Autores recomendam que o Conselho Tutelar funcione inclusive nos finais de semana e feriados (MOROSINI; REIS, 2007). Esse aspecto é especialmente relevante, tendo em vista que são períodos nos quais os membros familiares costumam permanecer maior tempo em casa, além do potencial de maior consumo de bebidas alcoólicas, favorecendo o início de conflitos familiares que podem resultar em violência contra a criança.

Há falas que trazem preocupação e medo:

“Tudo hoje é processo, então eu morro de medo! Por mais que eu pense em chamar um Conselho Tutelar, eu já tenho medo porque são umas famílias que você não sabe se tem alguém lá que tem uma arma. A gente trabalha em uma área muito isolada, não tem segurança. A gente já passou muitas situações difíceis, e ninguém deu parecer de nada, de ajudar a gente. Então, o que me falta é mais segurança para agir nos casos. Mesmo que entre outros serviços no caso, a denúncia acaba saindo do PSF e a família associa isso. Como que eu chamo o Conselho Tutelar? A família só vem aqui, a porta de entrada dela é aqui. E, às vezes, na própria rede, os profissionais não têm o cuidado de não expor o PSF.” (Raguel)

Há um entendimento de que os limites manifestados na atuação do Conselho Tutelar são resultantes de questões estruturais, de falta de investimentos em ambiente físico e em

preparação técnica, sugerindo certa ausência da gestão local sobre o papel desempenhado por esse serviço na sociedade, de proteção dos direitos das crianças. Aparece também uma aparente marginalização do Conselho Tutelar dentro da rede de serviços municipais, quando o enfermeiro ressalta que não há destaque para informações de acesso a esse serviço dentro da unidade de ESF, como telefone e endereço. Chama a atenção a identificação pelo enfermeiro do potencial de contribuição para o processo de trabalho de mecanismos formais e programados de comunicação com o Conselho Tutelar e com outros serviços, como a Polícia Militar, vislumbrando uma melhor preparação dos profissionais de saúde para lidar com questões delicadas, para as quais a sua formação não é especificamente voltada, mas que são particularmente comuns em seu dia a dia de trabalho.

Situações que podem gerar insegurança e riscos têm um aspecto comumente não tratado pelas políticas governamentais e pelos gestores locais, o que pode acabar resultando em atitudes negligentes no contexto de trabalho do serviço, deixando as crianças e famílias mais desprotegidas.

Essa possibilidade de negligência contraria o art. 13 do ECA, que afirma que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 2008a). Ainda sobre a comunicação obrigatória, o ECA considera infração administrativa os casos em que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos e/ou negligência contra a criança e o adolescente (BRASIL, 2007b).

Os casos de violência estão cada vez mais próximos do cotidiano das pessoas; constituindo-se como problema social, exigindo uma efetiva intersetorialidade, uma vez que o profissional de saúde não pode distanciar-se dessa situação, pelo contrário, para os que trabalham na atenção básica é necessário que se posicione como articulador na rede de apoio às vítimas. Entretanto, autores apontam que a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes ainda não faz parte da rotina dos profissionais das equipes da ESF, sendo que em um estudo sobre essa problemática 55,6% dos participantes identificaram casos de maus-tratos infantis no contexto de trabalho da Saúde da Família e não notificaram (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

A comunicação deve ser feita ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências que se mostrem necessário, como o encaminhamento para exame de corpo delito ou a realização de boletim de ocorrência junto à autoridade policial, sendo que a informação

pode também ser encaminhada ao Juiz ou a Promotoria da Infância e da Juventude. É recomendada uma atuação conjunta dos profissionais que atendem a clientela infantil com o Juizado, a Promotoria da Criança e o Conselho Tutelar, buscando estabelecer um consenso sobre saúde, justiça e segurança, principalmente no que se refere à conduta mais adequada dos profissionais diante dos fatos, e iniciativas locais desse tipo contribuem para a redução da insegurança dos profissionais de se envolverem em questões delicadas, complexas e judiciais (BRASIL, 2007b).

Há sugestões retratadas na fala a seguir que poderiam fazer parte de um conjunto de ações, visando maior respaldo para equipes e famílias:

“Lá na minha cidade, uma advogada ia trabalhar como referência do PSF. Aí ela iria atuar tanto na parte de respaldo administrativo dos funcionários quanto nas situações das famílias, entendeu. Olha que interessante! Eu falei: ‘Nossa, que chique’. Porque seria uma pessoa para dar respaldo pra gente, e ia ajudar os assistentes sociais também. É uma ponte para várias coisas. E por facilitar, tirar dúvida, faz com que a gente tenha mais possibilidades de ação. Porque, às vezes, é tão difícil ter alguém para orientar, você não vai ter e você prefere, às vezes, até não agir. E tendo essa orientação todos poderiam atuar mais. Porque tudo que a gente precisa, tem que conversar lá no prédio [prefeitura]. Se tem que tirar dúvida, tem que ser com ele, o procurador da prefeitura. Para que ele vai resolver problema nosso aqui? E ele não entende nada da saúde. Ele dá um chutômetro lá. Se é uma pessoa da saúde, vai se preparar, se envolver. Vai vestir a camisa da saúde. O advogado poderia entrar no NASF.” (Haniel)

O relato acima traz um raciocínio que expõe uma compreensão da complexidade do trabalho realizado no contexto da ESF, bem como da necessidade de se avançar em sua estrutura, estendendo a rede de apoio para profissionais de outros campos, transpondo a área de saúde e alcançando a do direito, para compor de modo mais abrangente e integral a atenção prestada às famílias, caminhando mais largamente na direção da proposta de saúde da família, dentro de uma lógica de entendimento do conceito de saúde, e profissionalizando a atuação na proteção à saúde pela equipe.

Nesse sentido, a advocacia da criança pelo profissional de saúde envolve tanto questões de saúde quanto de doença, sendo comum a necessidade de articulação com agências de advocacia para abordar as questões que se apresentam diante dos profissionais de saúde (WATERSTON, 2009).

Além disso, os direitos conquistados precisam ser exercitados, uma vez que comumente não se tratam de algo que se recebe de forma passiva e, de maneira geral, o cotidiano em nosso país não favorece esse exercício ativo por não haver um preparado e uma cultura para isso.

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos ressalta o direito à vida e a prerrogativa inerente a qualquer cidadão de poder reivindicar o respeito a seus direitos junto aos tribunais competentes, com destaque para a possibilidade de recorrer ao Ministério Público e à Justiça, sendo as ações judiciais, ao lado de legislações específicas de espaços de controle social e de manifestações públicas, instrumentos importantes de ativismo e de exercício de cidadania, e a Constituição Federal o principal instrumento legal utilizado tanto nas reivindicações e ações quanto nas decisões judiciais (BRASIL, 2005c).

Outro aspecto a mencionar é que estudos apontam a importância da inclusão do ensino teórico-prático sobre aspectos legais e da advocacia em saúde na área de pediatria comunitária, demonstrando um reconhecimento da necessidade de articulação entre as questões legais e de saúde para assistir um paciente (MINKOVITZ et al., 2006; SOLOMON et al., 2007).

A possibilidade de parcerias com organizações sociais, como a Pastoral da Criança, também são valorizadas pelos enfermeiros da ESF:

“Eu sinto falta da Pastoral da Criança, porque aqui no bairro não tem, principalmente por causa daquela multimistura. Eu vejo que lá no [bairro] São Francisco funciona muito bem, quando a criança é baixo peso já é uma parceria para pegar essa farinha e oferecer, aí o ganho de peso já é mais rápido. A Cantina da Bernadete também, no [bairro] Novo Horizonte, é outro exemplo, também oferece a multimistura e é excelente, tinha que ter uma em cada ponto da cidade.” (Caliel)

“Se tivesse Pastoral da Criança, seria uma boa, principalmente para essas crianças baixo peso, porque aqui a gente tem dificuldade de encontrar aquela multimistura.” (Omael)

No cuidado da saúde da criança, quando os entrevistados mencionam a falta da Pastoral da Criança na comunidade, o principal destaque é dado à farinha multimistura, por sua contribuição no ganho ponderal, quando utilizadas por crianças que se encontram abaixo do peso considerado adequado. Entretanto, o potencial de parceria entre a equipe de saúde da família e os voluntários dessa organização social pode ser bem mais abrangente, tendo em vista que ambos possuem objetivos e estratégias de trabalho em comum, sendo respectivamente, a proteção da saúde da criança e as visitas domiciliares, sendo desejável o estabelecimento de mecanismos de comunicação e interação fortalecedores de ambos os trabalhos, beneficiando a qualidade de vida da criança na área de abrangência.

A Pastoral da Criança destaca-se entre as ações não governamentais em prol da criança no Brasil, sendo que desde sua fundação, em 1983, desenvolve um trabalho voltado à família e à comunidade, buscando cuidar das crianças de maneira integral, com ênfase na

saúde infantil, incluindo seus aspectos mentais, sociais e espirituais (PASTORAL DA CRIANÇA, 2007). O Ministério da Saúde também destaca o potencial de parceria com essa organização, enaltecendo-a como iniciativa da sociedade civil organizada que envolve uma rede de voluntários de saúde em todo o país (BRASIL, 2005b).

Em geral, as organizações não governamentais cumprem muitas funções de advocacia em saúde, mas a distinta contribuição dessas para os movimentos de defesa está no seu potencial para apoiar e emponderar os usuários e as famílias, os quais podem exercer advocacia em causa própria, por meio de ações como denunciar formas de tratamento negativas, prestação de serviços deficientes, cuidados inacessíveis, bem como de iniciativas de reivindicação de direitos ainda não reconhecidos e em prol da proteção de direitos já existentes (WHO, 2003).

Nesse sentido, entre as atividades dos profissionais de saúde na advocacia para a saúde da criança está a prestação de serviços que enfatizam a identificação e utilização de forças e potencialidades da comunidade, assim como a capacidade de desenvolvimento e incremento de estratégias para a resolução de problemas (HUFFORD et al., 2009). Assim, profissionais devem identificar recursos da comunidade e desempenhar ações designadas para melhorá-los (HUFFORD et al., 2009; SHIPLEY et al., 2005), o que deve ocorrer com uma perspectiva de membro da comunidade, de modo que legítimos membros da comunidade podem funcionar como facilitadores primários para essa identificação (HUFFORD et al., 2009; PATERNITI et al., 2006; SHIPLEY et al., 2005).

A fala abaixo retrata uma proposta que pode contribuir sobremaneira para minimizar grande parte das lacunas e limites de atuação conjunta, organizando e fortalecendo a rede de serviços locais:

“Uma proposta que achei interessante, que veio pra gente agora, é começar a trabalhar reuniões em macro áreas. Aí vão estar participando também o pessoal da educação, os diretores de escolas, pra gente tentar começar a trabalhar a intersetorialidade, porque a gente está tendo dificuldades, porque a gente, todo mundo, está trabalhando isolado e não está conseguindo chegar a lugar nenhum. O Estado começou com essa ideia e foi repassado para o município através da organização do Plano Diretor. Agora, a sugestão é que já façamos reuniões em macro áreas, território sanitário. Aí é território, igual aqui, a gente faz parte do Centro, bairro Belo Horizonte e Nossa Senhora das Graças que são próximos. É juntar os serviços das áreas próximas. Ai fica PSF Escola, PSF Novo Horizonte, PSF Nossa Senhora das Graças e Ambulatório Novo Horizonte. Os serviços de saúde, de educação, CREAS, CRAS. Aí no caso a Coordenação do PSF faz uma reunião mensal com cada macro área. Pra gente sentar junto para ver o que a gente pode estar unido. A gente já vai se programar para convidar os diretores de escola...vamos ver se eles vão estar participando. A proposta é essa, mas a gente ainda não teve nenhuma.” (Rafael)

A proposta acima simboliza um primeiro passo, resultante do reconhecimento da necessidade de estabelecimento de mecanismos formais de comunicação e interação entre os serviços, o que por si só já representa um avanço. A operacionalização dos próximos passos, que envolverá a efetuação de contatos, o planejamento e a realização da primeira reunião, não acontecerá sem dificuldades, exigindo clareza e persistência por parte dos organizadores, tendo em vista a histórica fragmentação nos processos de trabalho do sistema municipal, onde, comumente, esteve ausente a prática eficiente de comunicação entre profissionais, serviços e setores. A formalização dessa comunicação e a abordagem das dificuldades já existentes e das que emergirem nas relações entre os serviços mostram-se necessárias e urgentes, para que o Estado, os gestores e os profissionais cumpram com seu compromisso ético de prestar ações integradas, resolutivas e de qualidade, o que configura como direito da população atendida.

A proposta de iniciativa relatada tem um potencial de se tornar um passo importante na direção de práticas intersetoriais de promoção da saúde, que possam realizar diagnósticos integrados e ações articuladas na coletividade, conforme seu perfil e necessidades, devendo receber o apoio do governo para enfrentar problemas nacionais ou locais prioritários em defesa da vida, promovendo o envolvimento de diversos setores para o desenvolvimento de ações integradas, como Saúde, Educação, Cidades, Meio Ambiente, Agricultura, Trabalho, Cultura, Esportes, Transporte, Ministério Público, Justiça, Segurança e Assistência Social (BRASIL, 2003b).

É importante buscar ganhar apoio de segmentos relevantes, a fim de influenciar políticas e provocar mudanças sociais, e constitui uma forma de advocacia (WHO, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde, um importante desafio nas práticas das equipes de saúde da família está na composição de redes de cuidados com outros serviços presentes em territórios delimitados, os chamados Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), que devem ser constituídos a partir de alguns princípios, como área definida e respectiva população, assistência à saúde coordenada pela atenção primária e integração com outros pontos da rede de atenção, visando produzir e estimular ações intersetoriais entre as diversas políticas sociais, tendo no centro a saúde, sendo essa uma proposta fundamentada no fortalecimento da atenção básica e no conceito de intersetorialidade (BRASIL, 2008d).

As políticas públicas voltadas para a infância devem reconhecer a criança como sujeito de direitos e em desenvolvimento, tornando-se importante um conjunto de iniciativas para conquistar a concretização dos direitos sociais da criança e de sua família, incluindo o acesso e a qualidade de serviços sociais como educação, saúde, assistência social, lazer e cultura,

valorizando a interação entre os diversos atores sociais que delas cuidam e educam, sendo necessário romper com a fragmentação das ações, atuando pelo caminho cooperativo da intersetorialidade (BRASIL, 2002b).

A intersetorialidade representa um dos atuais e complexos desafios, exigindo prioridade do governo a problemas de saúde, articulando a discussão sobre a promoção da saúde e a necessária estratégia de ações articuladas entre os setores, entendendo que qualquer indicador de saúde reflete um conjunto de variáveis inter-relacionadas, de modo que desde o profissional de saúde até ao gestor do sistema, seu saber e sua atuação setorial isolada são insuficientes para alcançar resultados transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população (BRASIL, 2003a).

A prática intersetorial ainda está pouco presente no processo de trabalho das equipes de saúde da família, de acordo com as narrativas dos enfermeiros entrevistados no presente estudo, houve poucas menções sobre parcerias já existentes que envolvessem outras áreas além da saúde, e quando isso ocorreu, foi com serviços que prestam ações à mesma clientela, destacando-se os setores de educação e serviço social, não tendo sido citadas interações com setores de habitação, trabalho, esportes, cultura, lazer, entre outras.

Entre as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros entrevistados nas relações de interdisciplinaridade e de intersetorialidade foram relatadas a fragilidade na relação de coresponsabilidade entre a equipe da ESF e outros serviços, a falta de processos de comunicação eficazes, a precariedade de estrutura física e preparo técnico de algumas equipes, a baixa resolutividade em alguns serviços que prestam continuidade às ações iniciadas na ESF. Além disso, foi apontada a situação de exposição à família na qual a equipe se coloca quando busca algumas parcerias, sendo abordada a necessidade de se expandir a rede social e de apoio, aparecendo a figura do advogado e de organizações sociais, como a Pastoral da Criança.

Nos relatos apresentados nesse tema apareceram visões dos profissionais que se relacionam com a equipe de saúde da família de forma interativa e cooperativa, fortalecendo a proteção da saúde das crianças e famílias, bem como foram apontadas algumas lacunas de comunicação específicas e outras de caráter mais sistêmico dentro da rede de serviços governamentais e não governamentais do município, destacando-se a qualidade do apoio desenvolvido pelo NASF e a fragilidade de atuação do Conselho Tutelar.

Componentes da competência do enfermeiro no processo de defesa da criança

Neste tema são apresentados componentes que foram mencionados nas entrevistas realizadas, relativos à competência do enfermeiro para o processo de defesa da saúde da criança, tendo sido destacados Interação e o envolvimento com a criança e sua família; O conhecimento para melhoria do cuidado e da advocacia em saúde; componentes esses necessários para atuar na atenção primária em saúde da criança.

Entende-se que as competências são desenvolvidas por meio da construção de conhecimentos, com integração de habilidades e atitudes na vivência prática do trabalho, possibilitando a adequada tomada de decisões (BENITO; BECKER, 2007).

Interação e envolvimento com a criança e sua família

Nos relatos os enfermeiros revelam importantes habilidades e atitudes para o cuidado à criança no contexto da estratégia saúde da família:

“O papel do enfermeiro, a gente vê que a gente tem que ter acolhimento, ser acessível, porque a classe médica já não é tão acessível. Então, se a população não tiver esse acesso, assim, mais facilitado com o enfermeiro, isso facilita o acesso a várias coisas. Embora tenha o serviço, mas nem sempre ter a unidade representa que o usuário tem o acesso. É o que eu falo: é o profissional enfermeiro que direciona quase tudo.” (Rafael)

“Tem que ter aquela disponibilidade do profissional. Se ele quiser fazer, faz. Se eu falar assim: ‘Ah, não tem cota, quando surgir a gente te avisa’, acabou. Aí você muda a conversa e você fala: ‘Não tem cota, mas eu vou tentar pra você. Você volta aqui amanhã? Você volta aqui à tarde?’. Assim, você também já cria um vínculo com aquela pessoa, porque ela vai voltar, ela está esperando que você a ajude a conseguir. Acho que, a partir do momento que você gosta do que faz, tem compromisso, tem uma atitude. É diferente do profissional que não se envolve se colocar no lugar do outro. Eu tenho três filhos perfeitos, mas e se eu não tivesse? Eu queria que alguém me assessorasse, eu queria que alguém olhasse por mim. Porque tem uma hora que a sua atitude é que vai fazer a diferença. E, às vezes, para a gente é uma coisa tão simples que basta boa vontade.” (Daniel)

“Principalmente no serviço público, a gente tem que ter muita boa vontade, aí a gente consegue resolver, mesmo que às vezes demore. Quando a doutora avalia uma criança que precisa de um oftalmologista mais urgente, ou alguma coisa assim, o profissional tendo boa vontade ele consegue. Às vezes, não depende dele, mas ele pode pedir para quem depende.” (Omael)

Nas falas acima apreende-se que o trabalho do enfermeiro implica em ser facilitador e mediador da garantia do direito de acesso às ações e serviços de saúde. Para isso, foram

apontadas competências relevantes que enfatizam o acolhimento, vínculo, compromisso, capacidade de se colocar no lugar do outro, boa vontade e atitude apropriada.

A receptividade às necessidades de saúde dos usuários significa que os sistemas de saúde são centrados em pessoas e tentam atender suas demandas da forma mais abrangente possível, enquanto respeita os indivíduos e suas necessidades independentemente de condição socioeconômica, cultura, raça ou gênero (OPAS, 2005).

Atuar na garantia do acesso às ações e serviços representa o desempenho em uma prática fundamental na defesa dos direitos da criança. Tanto na Constituição quanto no ECA define-se que o Estado e a sociedade têm juridicamente o dever de priorizar o atendimento à criança e ao adolescente, nas instituições e serviços e nas políticas, sendo que a garantia de prioridade deve estar presente no cotidiano de trabalho das equipes da ESF (MOROSINI; REIS, 2007).

Nesse sentido, entre as habilidades de advocacia destacam-se a capacidade de influência e persuasão, bem como a capacidade de trabalhar em rede e a motivação (WHO, s.d.a).

Também relacionado ao estabelecimento de vínculos com a clientela é abordada a importância da confiança no profissional:

“O primeiro ponto que você tem que trabalhar é a confiança, saber conversar. Deparou com aquilo ali, você não pode apavorar e taxar de culpado. Você tem que conhecer realmente a situação. Às vezes, não vai ser da primeira vez, você vai ter que ter vários contatos para saber direito o que está acontecendo, para depois você tentar fazer alguma coisa. Porque, às vezes, você vai desesperar e na tentativa de resolver, você vai prejudicar ainda mais. Você pode prejudicar tanto a criança quanto a gente mesmo.” (Ariel)

“Eu falo que PSF é uma coisa, assim, que o vínculo é muito importante, eu vejo que você só consegue fazer um trabalho legal em PSF com vínculo. A população precisa confiar em você.” (Rafael)

“Você visualizar, ter um jogo de cintura, é uma qualidade importante você saber avaliar a situação de cada família, onde você vai ter uma intervenção menor, outra maior, de conversar com a equipe, de buscar informações. Eu acho que você tem que tirar um pouco essa postura de querer resolver sozinho. Senso de observação, isso é importante. Saber ouvir, não só os pais, como a criança, a família, os vizinhos, a sua equipe, eu acho isso fundamental. Isso ajuda você a resolver muitas questões, embora o nosso tempo, a cada dia que passa, seja mais apertado.” (Remiel)

Para os enfermeiros a relação de confiança precisa se estabelecer também em situações delicadas e complexas, que exigem do profissional maturidade, observação e ação articulada e

flexível, para que o mesmo não se precipite e desenvolva avaliações incorretas, que resultarão em condutas inadequadas, as quais afetarão sua credibilidade com a clientela. Chama a atenção a percepção sobre a possível consequência negativa disso para a criança, ou um afastamento do adulto e da família, reduzindo as oportunidades de acompanhamento da criança pela equipe de saúde, deixando-a numa situação possivelmente mais vulnerável.

Esses relatos são condizentes com o entendimento de que o modo de desenvolver estratégias de advocacia deve variar de acordo com o público alvo (WHO, 1999), bem como com as orientações do Ministério da Saúde para que os profissionais de saúde consigam investigar os cuidados e tratos dos membros familiares com a criança, sendo destacada a importância de se respeitar o tempo e as decisões das pessoas, entendendo que existe o risco da intervenção causar um agravamento do caso, o que não deve acontecer, de forma que os profissionais devem ser cuidadosos com as questões éticas envolvidas, estando atentos ao sigilo das situações e à segurança da criança, buscando a construção de laços de confiança com a família durante o manejo do caso (BRASIL, 2002e).

Foi mencionado o vínculo, que vem sendo valorizado no contexto da reorientação do processo de trabalho na APS (BRASIL, 2006g), assim como a escuta, que é destacada como um ponto de partida importante para o desenvolvimento do cuidado voltado à criança e à família pelo enfermeiro (SILVA, 2012).

A fala abaixo ressalta a relação de confiança entre enfermeiro e as mães das crianças:

“O médico faz uma orientação de como cuidar da criança e a mãe vem tirar as dúvidas com a gente, acho que se sente mais familiarizada. Até perguntam, às vezes, se o médico indicou o certo. Aí, a gente vê que tem um vínculo maior com a mãe. Ela fica mais segura em estar procurando a gente. Às vezes, sai até lá do ambulatório, do consultório do pediatra, e passa aqui no PSF para conversar.” (Micael)

A situação retratada contribui com a proposta de transformação da lógica assistencial, tradicionalmente centrada no médico, para uma valorização da atuação e do saber multiprofissional (BRASIL, 2006g; WITT, 2005).

A capacidade de se colocar no lugar do outro e estar atento durante o atendimento são características reafirmadas nas falas abaixo, atreladas à sensibilidade e humanização:

“E nessas coisinhas sabe, a gente tem que ter sensibilidade. Se a gente não tiver essa capacidade, é perfil. Boa vontade, se colocar no lugar do outro, ter humanidade mesmo. E eu acho que você tem que ter atitude, você tem que ter atitude.” (Gabriel)

“Primeiro tem que ter uma acolhida boa, para essa mãe estar te procurando. Tratar bem, porque às vezes, as crianças gostam da gente e elas mesmas falam: ‘Titia, está doendo aqui.’ Então, é acolhida, é vínculo.” (Micael)

Os entrevistados trazem a sua compreensão de que algumas competências para a atuação do enfermeiro fazem parte do perfil individual da pessoa. O acolhimento e o vínculo também aparecem na relação do profissional com a criança, valorizando o que a criança tem a dizer e que isso é importante na avaliação de seu estado de saúde pelo enfermeiro.

A prática de acolhimento pode ser entendida como a recepção do usuário, desde sua chegada, abordando suas necessidades, oferecendo escuta e permitindo que ele expresse não só seus sintomas, como também suas preocupações e angústias, adotando condutas que busquem atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006h).

O acolhimento tem sido destacado como uma competência importante para enfermeiros que atuam na atenção primária em saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007; SILVA, 2012; WITT; ALMEIDA, 2008). Nesse sentido, é importante uma comunicação satisfatória do enfermeiro com a família e também com a criança, promovendo bom relacionamento, permitindo uma troca fluída de informações, essencial para a construção conjunta do cuidado, por meio de um ambiente de confiança, segurança e tranquilidade, com maior possibilidade de formação de vínculo (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Aliada a esse contexto, a sensibilidade é valorizada na prática de enfermeiros como fator facilitador na atenção à clientela infantil, favorecendo tanto a relação interpessoal com a criança e sua família, quanto facilitando a percepção de problemas não verbalizados (SILVA, 2012).

Assim, entende-se o cuidado de forma mais complexa, valorizando a compreensão durante o exercício da atuação, possibilitada pela reflexão e interação e permeando toda ação, produzindo intersubjetividade nas atitudes que emergem nas diversas situações de cuidado à saúde (AYRES, 2006).

O foco da atenção à saúde da criança com empatia também foi analisado na puericultura:

“Se não tem empatia, vem a primeira vez e depois: ‘Ah, vou lá só para pesar, pesar eu peso em qualquer balança’. E é aí que você mostra que não é só para pesar, a importância da puericultura é bem além do peso. O peso acaba que é o de menos ali na consulta.” (Ariel)

No relato acima o enfermeiro entrevistado valoriza a empatia na relação entre profissional e usuário do serviço de saúde. Além disso, traz um entendimento de que o atendimento de puericultura vai além da avaliação de dados antropométricos, mencionando sua compreensão mais abrangente e que aponta para uma oportunidade de atenção integral à criança.

Esses são aspectos importantes no acompanhamento da criança e de seu contexto familiar, contribuindo para a construção de uma assistência regular e continuada, contribuindo para a construção do preceito da longitudinalidade na atenção primária em saúde, que contribui para a integralidade da atenção (STARFIELD, 2002), sendo importante nesse contexto um relacionamento interpessoal de sucesso, entre profissional, criança e família.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança busca identificar e intervir precocemente sobre os agravos que afetam a saúde e a qualidade de vida da criança, por meio de uma abordagem ampla, voltada tanto para aspectos biológicos, quanto psicológicos e socioculturais, devendo ser desenvolvido valorizando o reconhecimento continuado da criança e de seu meio familiar e comunitário (BRASIL, 2002d).

Nesse sentido, a empatia, destacada na fala anterior, ganha força como um elemento importante que favorece o exercício da advocacia em saúde. Nos serviços de saúde é fundamental os trabalhadores sentirem empatia pelos usuários e tornarem-se defensores de algumas questões relacionadas a eles (WHO, 2003).

Situações de desespero e busca por clarear melhor a assistência também foram apontadas:

“Coisa pequena que a gente faz, as mães guardam mesmo. Uma gestante veio um dia aqui, passou pela médica que não conseguiu auscultar o coraçãozinho da criança, e nisso ela foi embora chorando, eu não estava aqui. Aí, mais tarde as meninas [ACS] me contaram. Ela voltou aqui à tarde, entrou na minha sala, a gente conversou, o ultra-som estava custando a marcar. Aí, eu falei: ‘Ah, vamos tentar de novo? Quem sabe a gente consegue ouvir o neném’. Não custa tentar. E eu, desde a minha primeira gravidez, consigo ouvir os batimentos do neném com doze semanas, eu mesma fico procurando. Aí, ela deitou e eu comecei a procurar, em cinco minutinhos a gente achou, a mãe chorando, porque sentia aquele alívio por causa da criança. Outra gestante, tinha ido ao ginecologista e veio aqui chorando, eu falei: ‘O que aconteceu?’ ‘É que eu fui ao ginecologista e ele me examinou e falou que eu tenho qualquer coisa dentro da barriga menos um neném, que eu devo estar com um tumor, um mioma’. E ela chorando, chorando. Eu pensei assim, gente, mas ela tinha feito o teste de gravidez, deu positivo, como que ela está com qualquer coisa, não fez o ultra-som, não fez nada. Eu falei assim: ‘Vamos deitar ali’. Coloquei o sonar, e logo falei: ‘Se você está com qualquer coisa, essa qualquer coisa tem coraçãozinho que está batendo’. Aí ela ficou muito alegre e eu já agendei o ultra-som. Depois que chegou o resultado eu falei assim: ‘Vai lá e mostra pra ele’. Porque eu acho que o profissional, para falar uma coisa assim, ele tem

que ter uma certeza. Porque ela saiu de lá desesperada, para quem estava fazendo o pré-natal.” (Daniel)

Nas situações mencionadas acima observa-se as características de atendimento apontadas anteriormente, tais como: acolhimento, sensibilidade, disponibilidade, se colocar no lugar do outro, humanização, compromisso, boa vontade e vínculo. Desse modo, o atendimento torna-se cuidado e o profissional um cuidador na construção de vivências mais complexas e carregadas de intersubjetividade no contexto das práticas da ESF.

Nas situações relatadas acima a dimensão subjetiva do cuidar atrela-se à ação técnica e ou clínica, compondo um cuidado que se movimenta na direção de ser integral, na junção da atitude sensível com as ações voltadas à avaliação e intervenção no corpo físico (MARTINES; MACHADO, 2010).

Nessa concepção do cuidar, o sujeito é mais importante para a atuação profissional do enfermeiro, respeitando seus anseios e saberes, valorizando suas demandas, construindo uma prática participativa pautada na solidariedade e no respeito à dignidade humana (SANTOS et al., 2010).

Para um cuidado satisfatório, “o enfermeiro necessita de relações que estabeleçam proximidade entre os sujeitos e culminem com processos interativos mútuos, onde o diálogo e o contato são valorizados, sempre embasados na ética e no respeito à condição do ser como sujeito de direitos, desejos e saberes” (LANZONI et al., 2011, p. 581).

Outro aspecto abordado está relacionado a perceber as necessidades da população:

“Acho que em primeiro lugar é ser humano, estar fazendo o que gosta realmente, porque a gente trabalha com gente, gente carente, a maioria é carente. Chega aqui não é à toa, é sempre precisando de alguma coisa. Então, eu acho que a gente tem que estar sempre à disposição do usuário mesmo, em qualquer circunstância.” (Caliel)

Humanização e disponibilidade estão associadas ao aspecto de o profissional estar fazendo o que gosta e atento às necessidades que se apresentam, como fatores importantes para a qualidade da atuação do enfermeiro junto à população atendida.

Observar como é a demanda ao serviço de saúde e como as necessidades se apresentam são aspectos de extrema relevância para o cuidado em saúde, pois pode haver motivos por uma busca de algo, aquilo que o indivíduo sente como uma falta evidencia um carência, que o impede de continuar vivendo segundo seu padrão de normalidade, pode ser uma dor física, um sofrimento ainda não identificado fisicamente ou algo vivenciado

como uma falta, por exemplo, uma informação que tranquiliza (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Estar fazendo o que gosta e se sentir bem com o trabalho são características apontadas na literatura como parte da identidade profissional, sendo consideradas por trabalhadores de enfermagem como elementos importantes para manter-se na profissão e ter um bom desempenho profissional (ROCHA; FELLI, 2004; SECAF; RODRIGUES, 1998).

No tocante às competências de enfermeiros na APS, a ética e o respeito estão destacados entre os valores profissionais fundamentais para sua atuação (WITT, ALMEIDA, 2008).

O aconselhamento como parte importante das atribuições do enfermeiro foi mencionado, exemplificado diante de uma necessidade de atuação que se coloca em situações de cuidado na atenção primária à saúde materno-infantil:

“Uma coisa que eu ficava muito feliz lá na Bahia [local de trabalho anterior desta profissional], era de tentar evitar abortos, com minhas conversas com as gestantes, com aconselhamento. Porque lá o aborto é muito comum, e a gente tem muita criança defeituosa, por causa de abortos que não deram certo. Lá as coisas são muito abertas. Elas chegavam pedindo abertamente remédio ou informação para abortar. Aí eu conversava, aconselhava e pedia para elas pensarem. Muitas delas voltavam depois dizendo que decidiram não fazer isso. Essa eu acho que é a principal coisa que eu levo, que eu fico feliz por ter ajudado a evitar.” (Uriel)

A capacidade de empatia, já mencionada em falas anteriormente, bem como a sensibilidade e a habilidade de comunicação, são aspectos essenciais na produção de um processo de aconselhamento satisfatório junto a mulheres, mães e familiares, sujeitos que ocupam especial influência na saúde infantil.

No cotidiano de suas práticas de saúde, o enfermeiro depara-se com dilemas éticos, representado por situações que possuem faces que manifestam, concomitantemente, valores contraditórios, de modo que esse profissional deve estar apto para refletir acerca da complexidade e das interrogações que envolvem cada caso, fugindo da visão simplista, assumindo uma postura respeitosa ao cliente, adotando a ética, os direitos humanos e a cidadania como eixos norteadores do cuidado (BELLATO; GAIVA, 2003).

Nesse contexto, as ações educativas devem valorizar a cultura e a realidade de cada comunidade, bem como a comunicação deve permitir uma linguagem simples e recíproca, sendo muito importante a prática do acolhimento, a partir da escuta do usuário que vai em busca de solução e clareza de suas necessidades (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). É preciso estar aberto, acessível e flexível na dinâmica das práticas de saúde, evitando ficar

preso ao caráter óbvio do que está instituído socialmente, superando a alienação e o simplismo, por meio da preocupação com o indivíduo, sua família e coletividade (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Nessa direção, a empatia tem sido destacada por autores estudiosos das competências importantes para o cuidado de enfermagem, apontando que o colocar-se no lugar do outro aumenta as possibilidades de atenção dialógica, compreensão das necessidades do usuário, visão voltada ao contexto familiar e compartilhamento de responsabilidades (BORGES; SILVA, 2010).

Assim, ações de advocacia devem transmitir mensagens claras e consistentes, por meio de um processo de comunicação adaptado ao contexto de uma atuação em prol do sujeito e da família, devendo ser culturalmente sensível e flexível, reconhecendo que as pessoas tendem a não responder bem a abordagens dogmáticas ou pesadas (WHO, 2008a).

Assim, em situações que envolvam temas complexos e polêmicos na área da saúde é necessário que o enfermeiro use abordagens destituídas de preconceitos, evitando emitir julgamentos e forçar decisões, abrindo o diálogo de maneira respeitosa ao sujeito, criando um pensar conjunto, constituído num ambiente de confiança e tranquilidade, independente de qual decisão for tomada.

Os relatos dos enfermeiros da ESF entrevistados trouxeram uma valorização de competências que vão além do conhecimento técnico, que também é importante e necessário.

A partir das narrativas e reflexões revela-se a necessidade de se preparar profissionais/enfermeiros que sejam capazes não só de executar técnicas, mas que sejam críticos de sua prática e dotados de competências que possibilitem a compreensão do trabalho em saúde, com autonomia, capacidade de resolver problemas e, essencialmente, comprometidos com a ética e com a transformação da realidade da saúde infantil (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

Em relação à composição de competências profissionais necessárias ao desenvolvimento de suas atribuições, os conhecimentos referem-se ao saber, enquanto as habilidades referem-se ao fazer e as atitudes ao querer, compondo um campo de elementos fundamentais ao atendimento satisfatório das demandas que se colocam no cotidiano de trabalho (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

As situações relatadas acima mostram como é de vital importância para o profissional enfermeiro ter atitude, demonstrar vontade, interação e intervenção frente às demandas e problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde, e essa disponibilidade para agir é

fundamental para garantir um cuidado à saúde de qualidade e resolubilidade em relação às variadas necessidades dos seres humanos atendidos (BENITO; BECKER, 2007).

As falas acima trazem uma tônica para as atitudes profissionais, enquanto os relatos apresentados no próximo subtema entremeiam tanto atitudes quanto conhecimentos, e as habilidades também estão presentes nos dois subtemas. Para fazer é preciso saber e querer, tornando o conhecimento fundamental para a garantia de práticas de saúde seguras e resolutivas, realizadas por profissionais comprometidos, qualificados e responsáveis, aptos a atuarem no atendimento do direito à saúde em suas diversas dimensões.

O conhecimento para melhoria do cuidado e da advocacia em saúde

Os relatos dos entrevistados remetem à importância de conhecimentos teóricos e práticos para que o enfermeiro tenha mais responsabilidade, segurança e preparo para atuar na proteção e defesa da saúde da criança e suas famílias.

“Eu me sinto responsável de fazer alguma coisa. Então, se eu estou vendo alguma coisa que eu acho que se eu fizer algo pode melhorar, eu faço. Então, a palavra eu acho que é responsabilidade pela área. Senão não vai funcionar.” (Miguel)

A responsabilidade, extremamente pertinente para a qualidade de qualquer trabalho, torna-se especialmente essencial quando se trata do trabalho em saúde, em função de ser a saúde um bem de grande valor e direito de todos os cidadãos. Direito do qual, de maneira diferenciada e atuante, fazemos parte enquanto profissionais da saúde dos múltiplos fatores necessários à sua garantia. Destaca-se que a atuação do enfermeiro torna-se potencialmente protetora do direito à saúde quando se trata da clientela infantil, que é vulnerável.

Segundo Ayres (2004a), o cuidado envolve por parte profissional a atitude de trazer para si a responsabilidade pela saúde e qualidade de vida do outro, considerando o seu potencial de atuação e o seu papel na defesa do bem-estar do sujeito assistido, envolvendo um posicionamento ativo e interativo no cumprimento de suas atribuições.

Nesse contexto, não há como ser responsável permitindo a si ou ao outro atuar sem os conhecimentos indispensáveis àquela ação que se faz necessária em cada situação vivenciada no processo de trabalho em saúde. Assim, na condução de determinadas situações colocadas no dia a dia de trabalho, são necessárias as atitudes para buscar conhecimentos e desenvolver habilidades, comprometendo-se com a realização de um trabalho seguro e de qualidade para os usuários (BENITO; BECKER, 2007).

Portanto, conhecimentos, habilidades e atitudes são dimensões interdependentes na composição das competências necessárias às atribuições dos profissionais de saúde, não havendo limites claros sobre onde começa e termina uma ou outra no desenvolvimento das competências.

A aprendizagem contínua e a atualização dos conhecimentos configuram-se como uma importante responsabilidade do enfermeiro, sendo que ao aceitar uma atividade, esse profissional deve usar o seu julgamento sobre sua competência individual para tal atribuição (ICN, 2006).

Cabe ressaltar que a responsabilidade é inerente ao trabalho do enfermeiro (COFEN, 2007), e o sentido de responsabilização implica em assumir e tomar para si um compromisso diante do usuário, da comunidade e de suas demandas de atenção em saúde. Embora a família seja vista como principal provedora do cuidado à criança, o profissional de saúde precisa se sentir responsável por ela, demonstrando atenção e interesse, configurando uma atitude cuidadora que gera confiança, caracterizando a responsabilização como um dos pilares do cuidado integral na saúde da criança (BRASIL, 2004a).

Assim, o cuidado, em sua dimensão intersubjetiva, emerge em meio a sentimentos e atitudes de responsabilidade, ética, respeito e sensibilidade (LANZONI et al., 2011).

Em geral, as responsabilidades são assumidas de maneira particular pelo enfermeiro da ESF, em virtude de ocupar uma posição de referência para a clientela e para outros profissionais e serviços no que se refere aos assuntos de saúde relacionados à área de abrangência das unidades, pois, muitas vezes, é responsável técnico pela unidade, faz a organização e síntese do trabalho e fica à frente da equipe de saúde.

Estudo aponta que o enfermeiro é um importante ator no contexto da ESF, desempenhando uma função mediadora e de referência entre usuários, famílias, equipe, comunidade, multiprofissionais e sistema de serviços, e muitas vezes o responsável técnico pela unidade de saúde (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Assim, as questões que envolvem as responsabilidades devem ser cuidadosamente trabalhadas pelas instituições de saúde e de ensino superior, o que implica tratar de outros atributos importantes, como disponibilidade, sensibilidade, humanização, vínculo e empatia. Esses aspectos foram claramente mencionados nas presentes entrevistas como fundamentais para a qualidade da atenção à saúde e para o alcance de uma maior proteção e defesa da criança em seu direito à saúde, de forma mais legítima e efetiva, buscando maior resolutividade, longitudinalidade e integralidade.

Nesse sentido, reforça-se a importância da educação permanente, que tem entre seus objetivos qualificar, promover motivação e mobilizar os enfermeiros à reflexão sobre seu processo de trabalho, sobre como têm norteado sua ação e formação, trazendo sua responsabilidade sobre a busca de melhor preparo profissional (AMESTOY et al., 2010). O planejamento das ações de educação permanente deve ter um lugar relevante nas reais e atuais necessidades dos profissionais e serviços, não sendo restrito à manutenção de formatos de capacitação tradicionalmente utilizados no sistema de saúde.

Nos relatos dos enfermeiros entrevistados também há preocupação com maior tempo e preparo para trabalhar:

“Eu acho que a gente pode estudar mais, ler mais. Eu vou te falar, não tem tempo, sempre tem uma pressão, as meninas [ACS] é que tão me auxiliando, não dá pra concentrar aqui pra estudar, pra concentrar eu tenho que chegar em casa. Só que eu chego em casa eu estou babando de sono, de cansada. Mas, por que não tem uma reciclagem pra gente? Cadê a educação continuada pros enfermeiros? é só com os agentes?. Muitas vezes é curso disso, curso daquilo, ótimo. Mas, acho que não teria coisa melhor do que você, além de ter uma palestra, vamos supor com a pedagoga, mas vamos entrar lá na escola, vamos ficar um dia lá sabe, vamos vivenciar aquilo, como um estágio. Que interessante seria o Conselho Tutelar, vamos pegar um grupinho e vamos lá junto com eles, passar um dia ou alguns dias lá em algum período pra ver como que eles fazem essas entrevistas, pra ver como que eles conduzem. Poderíamos acompanhar até a polícia, em alguns boletins de ocorrência, porque eles tem uma certa preparação para situações delicadas. Tem policiais que, eu vou te falar, eles conseguem abordar as pessoas de uma certa maneira, porque eles vão repreender alguém no trânsito é de um jeito, eles vão repreender um adolescente, uma mãe, eles tem um jeito diferente, você pode ver nas entrevistas deles no rádio, na televisão, é interessante isso. São preparados, eu não sei como é que é a preparação deles, mas vamos trocar ideia, vamos saber o que é.” (Gabriel)

Na fala acima nota-se que o profissional entrevistado, além de apontar a falta de tempo como dificuldade para se atualizar e aprofundar sobre assuntos relacionados ao trabalho, sente falta de uma maior valorização de processos de educação permanente para enfermeiros, atividades essas que costumam ser priorizadas para os agentes comunitários de saúde.

O trecho acima traz uma proposta para os processos de educação permanente utilizados para as equipes de saúde da família. O enfermeiro propõe processos mais interativos entre os diversos profissionais e instituições que compõem a rede municipal de serviços, num movimento em que cada profissional contribui na abordagem prática das competências para as quais é preparado. Essa proposta pode favorecer que profissionais e serviços se conheçam melhor, tornando mais claras suas atribuições e beneficiando as relações de comunicação, interação, parceria e co-responsabilidade entre profissionais e serviços.

Nesse sentido, destaca-se que a atuação do enfermeiro exige competências nas quais a habilidade técnica se atrela à habilidade interpessoal, sendo ambas fundamentais para o sucesso das práticas em saúde (BORGES; SILVA, 2010).

O incremento de iniciativas sistematizadas e articuladas de educação permanente para todos os membros da equipe de saúde da família é fundamental para a qualificação dessa força de trabalho e para que melhores resultados sejam alcançados pelo Pacto pela Vida, uma vez que esse, que faz parte do Pacto pela Saúde, tem como uma de suas prioridades o fortalecimento da atenção básica por meio da ESF (BRASIL, 2008d).

Nesse sentido, é atribuição do Ministério da Saúde a formulação da Política de Educação Permanente em Saúde, e a gestão do trabalho e da educação na saúde é uma diretriz constitucional para os gestores do SUS, função que deve ser colocada como prioritária, dentro do entendimento de que os trabalhadores de saúde são os agentes fundamentais da implementação do SUS (BRASIL, 2003a).

Ressalta-se aqui que a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-RH, constitui-se uma conquista por trazer pela primeira vez a temática dos recursos humanos como objeto principal de uma NOB, documentando uma valorização do profissional na implantação das propostas de atenção no setor saúde, configurando-se como um instrumento que respalda concepções, iniciativas e investimentos que favoreçam o campo de recursos humanos do sistema municipal, com vistas a fortalecer a força de trabalho em prol da garantia dos direitos dos usuários, bem como a consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2003c).

Em municípios com mais de 100 mil habitantes, como é o caso da cidade local do presente estudo, a responsabilidade pela realização de atividades de educação permanente para as equipes de saúde da família é da Secretaria Municipal de Saúde, e para os municípios com menos de 100 mil habitantes esse compromisso é da Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2008d).

Os relatos levantam que algumas das atuais propostas para a saúde são ricas em conteúdo, mas tem sido distantes da vivência real das práticas nas unidades de saúde da família:

“Igual teve o plano diretor, eles vinham com umas coisas, que parece que eles não vivenciam, você sabe, eu sei que você sabe disso. Você pega uma cartilha, alguma coisa, é a coisa mais linda do universo, gente uma maravilha! Gente o que é que é isso! Você lê ali, você chora de tão lindas propostas! Agora vai fazer, entendeu, vai fazer pra você ver. Porque você tem que fazer uma consulta em quinze minutos, você tem meta, você tem que consultar setenta meninos no mês, uma vez por semana, você vai conseguir em quinze minutos? Tem mãe que fala muito mais, tem mulher que você tem que fazer uma ordenha, ordenhar é uma hora. É

muito fora da realidade. Eu acho que é isso, sabe? Conhecimento, mas, não só teórico. Acho que até político tinha que vir aqui passar uns dias com a gente.” (Gabriel)

“Eu acho que a gente tem que saber o Estatuto da Criança, porque lá mostra o que a gente pode interferir na família e também o que a gente pode chamar de suporte, como o Conselho Tutelar. A gente tem que saber mais o Estatuto e encorajar a família para procurar o direito e denunciar também, procurar delegacia, procurar o Conselho Tutelar, o CRAS. E, com as situações que deparamos com as famílias, a gente tem que agir e não sabe o limite. O limite é que a gente não sabe mesmo. Até onde eu posso ir, ou não posso.” (Raguel)

As narrativas dos enfermeiros apontam preocupações com os aspectos práticos dos conteúdos abordados nas diretrizes e materiais elaborados para implantação de políticas públicas. Há também o reconhecimento da importância de se conhecer o conteúdo do Estatuto da Criança e do Adolescente para assistir melhor as crianças e famílias e, ao mesmo tempo, é citado como dificuldade o fato de, em algumas situações, o enfermeiro não saber qual deve ser o nível de sua interferência nas situações familiares. A capacitação profissional, desenvolvida conjuntamente entre diferentes serviços da rede municipal, pode auxiliar os enfermeiros e as equipes a se sentirem mais seguros e capazes para lidar com situações familiares delicadas e complexas.

Um estudo ressalta a importância do documento da Convenção dos Direitos da Criança, das Nações Unidas, fazer parte do conteúdo ministrado nas propostas de ensino-aprendizagem para residentes em pediatria, introduzindo assim temas não específicos da área médica ou do setor saúde (WATERSTON, 2009). Com relação à advocacia para melhorar a saúde e o bem-estar da criança, a abordagem dos Direitos Humanos e o uso da Convenção dos Direitos das Crianças oferece uma estrutura originária da área do Direito, adicional para a atuação no setor saúde, sendo importante que profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre esses instrumentos legais para que possam divulgá-los e utilizá-los na defesa das crianças que assistem (RAMAN et al., 2007).

Assim, a qualificação profissional é importante, uma vez que os profissionais devem incorporar em suas práticas a avaliação da família como unidade, valorizando o seu funcionamento, os recursos utilizados no enfrentamento de situações de conflito ou pressão e a vulnerabilidade presente nessas ocasiões, viabilizando um suporte efetivo para a criança e sua família (VIERA; MELLO, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um grande avanço da legislação brasileira, iniciado com a Constituição brasileira de 1988, veio garantir às crianças e adolescentes preceitos para atenção, proteção e cuidados especiais em busca de um

desenvolvimento pleno, para se tornarem adultos saudáveis e com capacidade para participação integral na sociedade (BRASIL, 2008a).

Portanto, como expressa fala acima, é importante o profissional enfermeiro conhecer mais o Estatuto e encorajar a família para procurar seus direitos. Nesse sentido, Silva, Ferriani e Silva (2011, on line) afirmam que “o enfermeiro deve estar apto a cuidar da criança e do adolescente com base nas leis que os protegem”.

Ventura (2008, on line) complementa que:

Os profissionais de saúde enfrentam vários desafios em sua prática para oferecer um cuidado de acordo com o estabelecido pela lei. Desempenham um importante papel como agentes transformadores, ajudando a comunidade a adquirir um senso de identidade coletiva com relação aos seus direitos humanos e seu direito à saúde.

Alinhado a essas concepções, o Ministério da Saúde reeditou e reimprimiu o ECA no ano de 2008, trazendo atualização de leis de 2003 e de 2005, documento esse que se constitui uma ação de disseminação de informações sobre os direitos constitucionais, sendo parte integrante da Agenda de Compromisso dos gestores federais, estaduais e municipais do SUS, a qual busca uma mobilização de todos em prol do Pacto pela Vida, incluindo entre as ações a edição de relevantes publicações direcionadas ao público em geral, que devem beneficiar serviços públicos, Conselhos Tutelares e organizações atuantes na defesa da vida (BRASIL, 2008a).

Assim, pode-se perceber que existem legislações que protegem o direito da criança, mas é necessário garantir o usufruto desses direitos. Os profissionais devem colaborar para que esses direitos sejam garantidos integralmente para as crianças e suas famílias.

Nesse sentido, as instituições de saúde e de ensino devem promover discussões sobre o tema, bem como disponibilizar documentos para consulta em lugares estratégicos, facilitando o acesso ao conteúdo para todos os cidadãos (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Entre os relatos, há outras sugestões para ampliação do trabalho na área da saúde:

“O advogado como membro da equipe do NASF aumentaria, eu acredito, essa consciência dos direitos, o conhecimento da equipe toda, e a gente multiplicaria muito mais para os pacientes e eles também. O NASF poderia fazer atividades educativas e atendimentos jurídicos à comunidade, para todo mundo. E se a gente tivesse mais domínio sobre essas questões legais, a gente também teria mais segurança em determinadas situações.” (Haniel)

Aqui aparece a sugestão da presença do advogado como um dos profissionais inseridos no NASF, como forma de tornar as equipes da ESF mais preparadas e respaldadas a

respeito de direitos e leis, em conformidade com a ampliação do trabalho conjunto entre ESF e NASF.

A sugestão do enfermeiro entrevistado está em consonância com o entendimento de que a participação e controle da sociedade sobre o Estado poderão ser expandidos quando as pessoas tiverem mais conhecimentos sobre a legislação vigente, o que também será necessário para que a prática de participação e controle social da saúde se consolide (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR, 2009).

Nesse sentido, a participação dos usuários e de suas famílias em ações de advocacia por suas necessidades e direitos pode levar a vários resultados positivos (WHO, 2003).

A saúde como direito não abstrato precisa ser conquistada pela sociedade em suas lutas cotidianas (BRASIL, 2008f), o que pode ser favorecido pelo princípio ético-político do SUS de participação social, que define o direito da população de participar da gestão do sistema de saúde, incluindo a formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas e programas, por meio dos conselhos de saúde, municipais, estaduais e nacional, os quais representam espaços importantes de controle social, com a possibilidade de maior corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na garantia do direito à saúde (BRASIL, 2006b, 2007c).

No tocante ao controle social sobre ações e serviços voltados à infância, além dos conselhos de saúde mencionados acima, o ECA define o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, órgão paritário, deliberativo e controlador das ações do Estado em prol dessa clientela, devendo ser composto tanto por representantes do governo quanto da sociedade civil organizada, sendo que a escolha desses últimos deve ser feita por participantes de entidades do movimento social ligado aos interesses da infância e da adolescência, ficando assim assegurada a participação popular (BRASIL, 1990 apud MOROSINI; REIS, 2007).

Na busca de criar canais de comunicação entre o cidadão e o governo, possibilitando maior participação popular, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde prevê o direito de ter acesso a mecanismos para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades de saúde, devendo ser respeitados a privacidade, o sigilo e a confidencialidade (BRASIL, 2007a).

Chamou a atenção o fato de que, durante as entrevistas, não houve menção a respeito do controle social e participação popular no sistema de saúde municipal. Pode ser que, para a realidade em questão, essas propostas ainda estejam distantes de se efetivar na prática, o que, em geral, está relacionado ao pouco conhecimento que a população e os profissionais de saúde possuem em relação aos direitos garantidos por leis e às formas de reivindicar a

regulamentação de outros, bem como à nossa cultura de pouco envolvimento com essas questões, enquanto cidadãos e enquanto profissionais de saúde.

Os conhecimentos técnicos para o cuidado da criança também foram destacados:

“Um bom conhecimento de exame físico, uma anamnese boa, para na hora que você pegar uma criança você fazer uma boa avaliação. Teve casos da gente, no exame físico, identificar um gânglio, uma coisa diferente no pescocinho e, a partir daí, começar uma investigação. Então, um conhecimento da clínica mesmo. E coragem, porque, às vezes, a gente vê que o enfermeiro é um pouco inseguro. Às vezes, ele vê alguma coisa e fica com medo de encaminhar: ‘Ah, não vai ser nada e vou encaminhar?’. Mas, a intenção é encaminhar para não ser nada mesmo. Às vezes, muitos enfermeiros têm receio de chegar ao médico e esse achar que ele está intrometendo. Eu já deparei muito com isso, eu entro na sala e falo: ‘Doutor, o que você acha? Às vezes, seria bom estar pedindo um ultrassom deste pescoço?, ou fazer alguma coisa?’. Eu tenho esse lado e, às vezes, os médicos olham meio assim, mas eu olho no prontuário depois e vejo que eles acabaram pedindo. Às vezes, a gente fica com tanto medo do médico não fazer aquilo, que a gente já sugere para ele estar fazendo.” (Micael)

Na fala acima são valorizados os conhecimentos clínicos do enfermeiro, os quais podem permitir avaliações e condutas mais resolutivas por esse profissional, estendendo sua prática de proteção e defesa da saúde da criança, por também viabilizar que o mesmo, em sua posição central e facilitadora dentro da equipe, tenha condições de fortalecer as condutas de outros profissionais quando se mostrar necessário, como do médico, por exemplo, aumentando as chances de ações mais assertivas em prol da saúde infantil.

Por meio da anamnese e do exame físico o enfermeiro pode conhecer o cliente, promover confiança, identificar alterações biopsicossociais, atuar avaliando e intervindo, em prol da resolução dos problemas apresentados pelos usuários (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Estudo afirma que experiências e conhecimentos clínicos na formação do enfermeiro precisam ser valorizados e devem ocorrer por meio do contato direto dos estudantes de enfermagem com clientes e famílias, permitindo a construção de competências que vão além da realização de procedimentos, uso de recursos materiais e tecnológicos e avaliação de dados mensuráveis, perpassando o julgamento clínico satisfatório, que permitirá o desencadeamento de condutas necessárias para assegurar a garantia do direito à saúde (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2011). Uma formação generalista inclui conhecimentos de semiologia, semiotécnica e clínica, bem como aqueles relacionados à antropologia, sociologia, psicologia, filosofia e políticas de saúde, requerendo também o desenvolvimento de habilidades e atitudes que se constroem no entrelaçamento da teoria com a vivência da prática, permitindo a

constituição das competências necessárias à atuação de um trabalhador da saúde generalista (PEREIRA et al., 2009).

A formação do enfermeiro é permeada por diversas competências, as quais começam a ser construídas ao longo do curso de graduação, por meio da associação entre teoria e prática, conformando a práxis em saúde, o que exige que os educadores, ao longo das vivências acadêmicas, os estimulem no desenvolvimento de competências úteis na área de atuação (AMESTOY et al., 2010). Arelado a isso, a advocacia pode ser melhor discutida em meio às questões que envolvem as competências profissionais, em que a chave do aprendizado é a definição de habilidades e atitudes, sendo desejável que o aprendizado ocorra por meio de experiências práticas (SHIPLEY et al., 2005; WATERSTON, 2009).

A prática de advogar pela saúde da família é uma competência a ser desenvolvida, com base em estudos e discussões sobre famílias e comunidade, interligando ciência e habilidades profissionais (GRANT et al., 2007).

Estudo sobre a prática de enfermeiros de saúde pública junto a famílias e crianças enfatiza o exercício da advocacia por esse profissional (COHEN; REUTTER, 2007). Entretanto, na revisão de literatura realizada, esse papel foi pouco identificado em padrões de competências profissionais do enfermeiro e, também, poucos trabalhos foram encontrados com evidências empíricas nesse sentido, sugerindo a necessidade de pesquisas que documentem esforços de enfermeiros de saúde pública no engajamento de atividades de advocacia em prol de famílias de crianças, especialmente em relação àquelas vivendo em situação de pobreza, reforçando a necessidade de trabalhar com os determinantes sociais e saúde (COHEN; REUTTER, 2007).

Características e demandas das práticas no contexto da ESF, conforme evidenciado no presente estudo, apontam para o desafio de aprimoramento de competências indispensáveis aos profissionais inseridos nessas equipes, bem como aos seus processos de formação e de educação continuada e permanente, de modo que as iniciativas nessa direção se tornarão mais potentes, na medida em que houver mais encontros, troca de saberes e práticas, de acolhimento e negociação, permitindo a construção coletiva de saberes e caminhos de atuação também coletivos, possibilitando avançar no que já foi conquistado (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

Assim, os diversos profissionais, equipes e serviços poderão juntos, com seus saberes, fazeres e poderes, se fortalecer mutuamente na missão de cuidar e proteger a saúde e bem-estar infantil, atuando no respeito e na defesa do direito à saúde da criança, o qual envolve a garantia de muitos outros direitos, na concepção ampla da saúde como qualidade de vida.

No tema apresentado, os relatos dos entrevistados revelam aspectos importantes na competência do enfermeiro para atuar no cuidado da saúde das crianças e suas famílias, na sua proteção e defesa no contexto da ESF. Foram feitos apontamentos sobre a importância dos conhecimentos técnicos e sobre a necessidade de processos de educação permanente, mais articulados e práticos. Houve um grande destaque para o modo de se relacionar com a clientela, bem como de reagir, se posicionar e agir diante das diversas situações.

Tais resultados se alinham com a concepção de que o cuidado se desenha por meio da humanização, da ética, da cidadania e do respeito ao outro, preceitos que devem permear todas as ações, desde as clínicas até as sociais, nas quais o profissional busca transitar pelo caminho da resolutividade e do respeito aos direitos do usuário (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

As narrativas dos enfermeiros apresentadas nos quatro temas dos resultados da presente investigação retrataram várias formas e experiências de defesa da saúde da criança, as quais se atrelam particularmente ao atendimento em puericultura, à visita domiciliar, às parecerias e às competências dos enfermeiros para essas ações.

Nesse sentido, a atenção à saúde retratada traz uma concepção de que “cuidar guarda uma estreita relação com a ética, a promoção da vida e a humanização dos cuidados de saúde, remetendo a uma forma complexa e integral na produção do serviço de enfermagem” (BORGES; SILVA, 2010, p. 828).

Tais vivências relacionam-se a ações tipicamente associadas com a advocacia em saúde, que incluem o oferecimento de informações, prática educativa, conscientização, ajuda mútua, mediação e aconselhamento (WHO, 2003). O enfermeiro em sua prática no âmbito da ESF tem importantes contribuições para efetivar esse processo de advocacia em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível apreender um conjunto de aspectos relevantes do cuidado de enfermagem e da defesa do direito à saúde da criança, a partir de narrativas de enfermeiros, fornecendo subsídios para a atenção à saúde da criança e sua família na ESF, no contexto do SUS.

Os resultados permitem analisar que a puericultura, a visita domiciliar, as parecerias e as competências profissionais conformam elementos fundamentais para o exercício da advocacia pela saúde da criança nas práticas dos enfermeiros no contexto da ESF. Muitos são os desafios que esses profissionais expressam enfrentar quando buscam a defesa da vida e a proteção do direito à saúde, em seu sentido mais amplo, encontrando tanto aspectos facilitadores quanto limitadores.

A puericultura foi retratada como um espaço de cuidado e como momento de defesa, onde acontece a avaliação da criança e identificação de situações vulneráveis para a criança, envolvendo, muitas vezes, dificuldades na abordagem e condução dos casos.

A visita domiciliar foi mostrada como parte das ações no contexto de defesa, relacionada à observação e à intervenção para o cuidado da criança em casa, onde ocorre apreensão de situações de privação, destacando-se problemáticas que envolvem o uso de álcool e drogas pelos pais e ou familiares. O fato de a ESF preconizar a visita domiciliar como uma de suas práticas cotidianas favorece a possibilidade de que a criança e a família recebam o apoio de um modo mais próximo, otimizando ações em prol do direito à saúde da criança e contemplando a saúde da vida familiar. O domicílio traz aspectos do cuidado que são difíceis de serem trabalhados, por envolverem hábitos de vida construídos na história particular da família, sendo também produzidos cultural e socialmente.

Parcerias positivadas e não positivadas foram apresentadas, tendo em vista a busca de abordagem e tratamento das demandas identificadas pelos enfermeiros ou colocadas diante de sua prática de trabalho, sendo especialmente valorizada a comunicação entre profissionais e serviços, apontando lacunas nas relações de parceria, além de limites na integralidade e intersetorialidade das ações em rede.

Entre os componentes das competências do enfermeiro no processo de defesa da criança foi destacada a importância da interação e do envolvimento com a clientela e os conhecimentos para a melhoria do cuidado e da advocacia em saúde.

As experiências narradas pelos enfermeiros entrevistados demonstram que muitas situações com as quais esses profissionais lidam trazem complexidades e intersubjetividades, relacionadas ora à natureza particular de cada ser humano e família assistida e multiplicidade de fatores psicossociais atrelados a cada caso, ora às interfaces entre os serviços de saúde e entre esses e outros setores sociais.

As situações relatadas trouxeram destaque para ações do enfermeiro de avaliação, orientação, encaminhamentos, apoio, comunicação, respeito, humanização, cooperação, responsabilização, construção de parcerias, entre outras.

Nas relações de comunicação e trabalho conjunto com outros profissionais e serviços, do conjunto que compõe a atenção básica no município, houve destaque para as situações de parcerias estabelecidas com o NASF. A realidade retratada é favorecida pela forma como esse serviço foi concebido, expressa no seu próprio nome - Núcleo de 'Apoio à Saúde da Família'. Também se fizeram presentes relações satisfatórias de parcerias com profissionais vinculados à maternidade, com serviços da área da educação, com equipes da área do serviço social, como o CRAS e o CREAS, e com o Ministério Público. Não foi apresentada a extensão dessas relações a serviços de outras áreas, como habitação, esportes, cultura, lazer e segurança, por exemplo, evidenciando que há conquistas, mas também muitos desafios em relação ao estabelecimento de uma cultura municipal de intersetorialidade.

A intersetorialidade permite expandir as ações de saúde, sendo fundamentais as estratégias de gestão para construir e consolidar a integralidade das ações e serviços e enfrentar a heterogeneidade de atores, divergências de propósitos e intersubjetividades das relações, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam alcançar a proteção integral das crianças. A expansão de ações de advocacia em saúde é de extrema importância, em busca do reconhecimento da saúde como um direito e sua garantia, fortalecendo mecanismos que podem viabilizar o exercício dos direitos.

Não foram mencionadas ações associadas à participação popular e controle social, apontando para a possibilidade de que esse aspecto continue como um grande desafio entre as diretrizes do SUS na realidade estudada. O ECA destaca que uma sociedade consciente e forte busca o respeito mútuo nas suas relações com o Estado, de maneira que a informação se apresenta como um dos principais instrumentos do cidadão para a busca de atendimento às suas necessidades e para a defesa dos seus direitos.

Entre as situações complexas, de difícil abordagem e tratamento, destacaram-se os casos que envolvem transtornos psíquicos e dependência química dos pais ou familiares das crianças, relacionados ou não à suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança.

Nesse contexto, evidenciaram-se fragilidades nas relações de parceria entre a equipe da ESF e os serviços da rede municipal, destacando o Conselho Tutelar e o serviço de referência em saúde mental, representado pelo CAPS. Os enfermeiros apontaram que não têm recebido o apoio necessário desses serviços, no sentido de cooperação para proteger e cuidar das crianças e famílias da área de abrangência que apresentam demandas relacionadas a essas instâncias de atenção, indicando uma dificuldade de estabelecimento de canais de comunicação, interação, atuação conjunta e compartilhamento de responsabilidade com esses serviços.

Os relatos apontam lacunas muito importantes diante de casos de suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar contra a criança, sendo evidenciado um quadro grave de pouca sistematização dos procedimentos a serem seguidos, com fragmentação entre os serviços que atendem a clientela infantil, insegurança dos profissionais, não garantia de notificação dos casos, ações descoladas e desorganizadas, colocando as crianças em uma situação de desproteção e violação de seus direitos, inclusive por parte daqueles que deveriam advogar por elas, incluindo não somente suas famílias, mas também os profissionais que cuidam da clientela infantil e possuem a responsabilidade de zelar pela garantia de seus direitos.

Esse quadro sugere estar relacionado à insuficiente estrutura e qualificação do Conselho Tutelar, bem como à lógica de trabalho desarticulado entre esse serviço e as equipes de saúde da família, não havendo canais de aproximação suficientes já estabelecidos. A problemática da violência infantil necessita de ações em que atrelam denúncia, mediação e defesa, como formas de exercício de advocacia em saúde, e essas parecem ser ainda frágeis por falta de uma ação mais ativa ou falta de respostas às ações iniciadas, no contexto das práticas de atenção primária em saúde da criança.

Em relação à abrangência de possibilidades de parcerias para a proteção e promoção do direito à saúde das crianças, em suas várias dimensões, não houve muitos relatos de experiências com grupos não governamentais, embora tenha havido menções sobre os benefícios que essas articulações podem trazer, especialmente com a Pastoral da Criança. A APAE é narrada como uma instituição atuante em prol das crianças e suas famílias, numa perspectiva articulada, tendo em vista as situações descritas em que esse órgão entrou em contato com a equipe de saúde da família, buscando uma atenção tanto às crianças quanto às famílias. Na assistência à infância, essas parcerias são importantes para estabelecer e fortalecer os vínculos no âmbito local e nacional.

Cabe pensar na importância do apoio matricial, o qual exige uma mudança na lógica de funcionamento da rede de serviços municipais, como um método complementar ao sistema hierarquizado de referência e contra referência, incluindo uma comunicação ativa e fluida, por meio da qual acontece o compartilhamento de responsabilidades. O apoio matricial pode enriquecer a organização dos serviços, onde a equipe da ESF é a equipe de referência e responsável pelos seus pacientes e solicita apoio quando necessário, já os serviços especializados dão apoio matricial e passam a ter sob sua responsabilidade os pacientes e o serviço para o qual ele é referência, comprometendo-se a oferecer apoio assistencial, técnico e pedagógico às ações realizadas no território das unidades da rede básica de saúde, tornando as ações mais qualificadas e resolutivas.

A respeito da integração das ações em rede, nota-se certa fragilidade entre os serviços no município para um funcionamento em rede, e atuar a partir dessa perspectiva e articulação pode contribuir para o alcance da integralidade da atenção.

O estudo permitiu também compreender que urge o aprimoramento das atividades de educação permanente, com tônica nas reais e atuais necessidades dos profissionais, serviços e usuários, as quais não devem se restringir aos modelos tradicionais de treinamento utilizados no sistema de saúde, devendo partir das vozes e saberes dos profissionais já atuantes, para o delineamento e desenvolvimento das ações de ensino-aprendizagem.

A educação permanente e sua qualificação precisam ter um caráter mais longitudinal, proporcionando que profissionais e os diversos serviços mobilizem discussões, a reflexão e o diálogo entre os atores de várias equipes, tendo em vista a organização e construção cotidiana de um processo de trabalho integrado, com otimização dos serviços já existentes, fortalecimento mútuo de ações para gerar qualidade e humanização da atenção à saúde. O cuidado em saúde em rede pressupõe trocas contínuas e permanentes tanto nas relações políticas quanto gerenciais e técnicas, reconhecendo a capacidade que cada política setorial tem no sentido da garantia de atenção integral aos indivíduos, exigindo o diálogo, a reflexão e a análise conjunta acerca de demandas e necessidades da população, construindo consensos e pactuando compromissos.

As atitudes de defesa pela saúde da criança englobam múltiplas dimensões, numa compreensão ampla do processo saúde-doença, dos determinantes sociais na saúde e do processo de cuidar, já uma atuação isolada do profissional e do setor saúde pode ser incapaz de alcançar a resolutividade almejada, tornando um imperativo que o profissional de saúde, exercendo conscientemente sua prática pelo advogar em saúde, desenvolva um processo de comunicação eficaz e enriquecedor para o estabelecimento de parcerias entre os diversos

profissionais e setores, bem como com recursos da própria comunidade, valorizando serviços governamentais e não governamentais.

Durante as entrevistas não foi mencionada a utilização de meios de comunicação locais como parte das ações de proteção da saúde da criança no contexto da ESF. A mídia pode ser um influente veículo de defesa, para a mobilização, apoio, informação e motivação dos indivíduos, defendendo mudanças que influenciam a saúde.

O fato desse recurso não ter aparecido nas falas dos enfermeiros entrevistados pode estar relacionado a um contexto de ações de proteção e defesa da saúde fortemente ligado ao atendimento de casos e de famílias de modo individual, num processo que não ocorre em função das necessidades identificadas por meio de diagnósticos locais. Isso também aponta para uma realidade onde as atividades de planejamento voltadas para as características particulares da área de abrangência são incipientes, mesmo que existam diagnósticos, mapas e planos locais, elaborados para atender normas e exigências para as unidades da ESF.

A territorialização vem sendo preconizada por diversas iniciativas no contexto do SUS e ESF, bem como da vigilância em saúde e das cidades saudáveis, sendo um dos eixos da organização do processo de trabalho, determinando a população a ser atendida, bem como as equipes e serviços prestadores da atenção em uma área espacial estabelecida, propondo a identificação de demandas e necessidades, e com base nisso o planejamento das atividades individuais e coletivas.

O conhecimento e a interpretação da realidade da área de abrangência onde atua uma equipe de saúde da família, com o objetivo de planejamento das ações oferecidas à população local, possibilitam a consolidação das diretrizes de adscrição da clientela, territorialização e descentralização, buscando melhoria e sucesso das ações.

As experiências dos enfermeiros relatadas nesta investigação permitem lançar novos olhares sobre as necessidades acerca da forma de se trabalhar a rede de serviços e sobre a responsabilidade de todos sobre o território e a população da área de abrangência das unidades de saúde da família.

Uma análise contextual dos resultados apresentados fortaleceu a compreensão da importância do território e da necessidade de valorização dele por todo o sistema municipal, com vistas ao aprimoramento e articulação das políticas públicas e práticas de atenção aos indivíduos e famílias, vislumbrando melhores resultados na vigilância em saúde, promoção da saúde, prevenção de agravos e na proteção do direito à saúde dos usuários, o qual se manifesta como interdependente com outros direitos.

O exercício de defesa apareceu expresso nas narrativas, demonstrando envolvimento dos enfermeiros na proteção da saúde e qualidade de vida das crianças, com compromisso com esse grupo etário e reconhecimento de que as crianças têm necessidades especiais e são incapazes de se defender. No entanto, ainda há lacunas assistenciais e desafios para o enfermeiro e demais profissionais no sentido da consolidação dos preceitos da ESF e do SUS.

Maior proximidade com a área do Direito, aliando às situações cotidianas vivenciadas por usuários e profissionais de saúde, pode ampliar as ferramentas dos atores envolvidos no cotidiano da saúde, conferindo-lhes melhores condições para atuar em defesa dos direitos dos cidadãos em todos os âmbitos, incorporando gradativamente esses conhecimentos na comunidade, ampliando e fortalecendo o olhar e as ações tanto no sentido de promoção do direito à saúde, quanto frente a situações já estabelecidas de violação.

A responsabilidade pelo direito à saúde se estende a todas as pessoas e todos têm deveres com relação à proteção da saúde, o que implica valorizar a saúde como um bem individual, coletivo e social.

Desse modo, ressalta-se que o grau de qualidade e resolubilidade das ações do enfermeiro poderá refletir na saúde e qualidade de vida infantil, de forma que quanto mais o enfermeiro comprometer-se e quanto mais hábil se tornar para lidar com as problemáticas apresentadas, mais longe poderá chegar na proteção e defesa da saúde da criança, sendo necessário considerar a dimensão intersubjetiva do cuidado.

Essa atuação envolve uma postura pró ativa do enfermeiro, na busca de parcerias familiares, comunitárias, interdisciplinares e intersetoriais, criando consensos em torno de objetivos com os quais os profissionais possam, em alguma medida, comprometer-se.

Assim, o presente estudo traz elementos sobre a prática do enfermeiro, centrando o cuidado de enfermagem com caráter potencial e necessário para a defesa da saúde da criança e sua família, sendo um profissional-chave dentro da equipe de saúde da família e da rede de serviços, com atribuições amplas que permitem o desenvolvimento de habilidades diversas, importantes no exercício da advocacia em saúde.

Este estudo reafirma que o cuidado à saúde da criança não é simplesmente um modo de fazer, não é tomado como um saber *a priori*, mas envolve decisões sobre quais atitudes podem e devem ou não ser tomadas, remetendo a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para o cuidado, que respeite, proteja e efetive os direitos dos cidadãos.

É importante que o cuidado de enfermagem no contexto da ESF e APS tenha a preocupação em superar uma visão tecnicista e de aplicação estritamente instrumental, sendo

sensível aos sentidos éticos, morais, políticos e afetivos das demandas e intervenções no campo da saúde e da advocacia em saúde.

Assim, explorar as relações entre APS, ESF e direito à saúde é uma tarefa importante para as intervenções em saúde, porque pode enriquecer a compreensão de nossas práticas e teorias. A perspectiva do direito à saúde pode dar visibilidade às questões de vulnerabilidades aos agravos à saúde e/ou violações de direitos. Desse modo, a garantia de um cuidado de qualidade em saúde inclui considerar que a saúde é acima de tudo um direito humano e o processo de advogar pela saúde implica a prática de processos comunicativos. É preciso voltar-se para a criança no contexto da família, construindo um cuidado satisfatório e protetor, numa perspectiva de indissociabilidade das ações curativas, preventivas e promocionais da saúde.

Portanto, no cuidado de enfermagem no contexto da ESF é necessária a ampliação de saberes e práticas em busca de êxito técnico e de sucesso prático. O êxito técnico para organizar o caráter instrumental das ações, o alcance de determinados resultados e a atenção aos agravos à saúde de indivíduos e populações. O sucesso prático precisa ser uma forte preocupação da enfermagem voltando-se para o sentido que as ações de saúde têm para os sujeitos e populações, com um conjunto de implicações relacionais, de valores e de interesses para a vida cotidiana das pessoas. Esses conceitos com base na hermenêutica podem ser mais explorados e discutidos para procurar respostas e repensar as práticas de saúde contemporâneas, avançando em uma reconstrução humanizadora das ações. Atitudes hermenêuticas implicam em processos interpretativo-compreensivos, favorecendo um entendimento sobre algo e a apropriação de uma situação ou de aspectos dela que antes não estavam claros e que, por alguma razão, tornaram-se problemáticos, ou seja, que merecem ser repensados.

No presente estudo, apresentamos algumas possibilidades para a compreensão do cuidado de enfermagem em saúde da criança no âmbito da ESF, a partir de relatos de enfermeiros, tornando-se importantes também outros espaços de discussão e de pesquisas para expandir as reflexões sobre a defesa da criança em suas dimensões práticas, epistemológicas e filosóficas.

REFERÊNCIAS¹

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Flagrantes do Ordenamento Jurídico-Sanitário**. Brasília: ANVISA, 2000. Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 03 mar. 2011.

ALEXANDRE, A. M. C.; BICUDO, D. O.; FERNANDES, A. P. P.; SOUZA, C.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Organização da Atenção Básica à Saúde da Criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

AMESTOY, S. C.; CESTARI, M. E.; TROFEHRN, M. B.; MILBRATH, V. M.; TRINDADE, L. L.; BACKES, V. M. S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 940-5, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600011&lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2012.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 127-134, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200005&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2012.

ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 287-93, mar./abr. 2011.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Experiência da família ao conviver com seqüelas decorrentes da prematuridade do filho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n.4, p. 595-602, jul./ago. 2010.

ASSIS, L. C. F.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 317-329, ago. 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822010000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ASSIS, W. D.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SÁ, L. D. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 38-46, jan./fev. 2011.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

AU, H.; HARRISON, M.; AHMET, A.; ORSINO, A.; BECK, C. E.; TALLET, S.; GANS, M.; BIRKEN, C. S. Residents as health advocates: the development, implementation and evaluation of a child advocacy initiatives at the University of Toronto (Toronto, Ontario). **Paediatr Child Health**, v. 12, n. 7, p. 567-72, Sept. 2007.

AYRES, J. A.; BERTI, H. W.; SPIRI, W. C. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. **REME rev. min. enferm.**, v. 11, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz-Hucitec, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./fev. 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS-UERJ; ABRASCO, 2009. 282 p.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, nov. 2002.

_____.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2003.

_____. **Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação**. (Mimiografado), 2006.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 549-560, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2009.

_____. Norma e formação: Horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, jul./set. 2004b.

_____. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud Colect**, Lanús, v. 4, n. 2, p.159-172, mayo/agosto 2008.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: rev. saude coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 43-62, jan./abr. 2007.

BARTON, S. S. Narrative inquiry: locating aboriginal epistemology in a relational methodology. **J Adv Nurs**, v. 45, n. 5, p. 519-26, Mar. 2004.

BELLATO, R.; GAIVA, M. A. M. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 429-432, jul./ago. 2003.

BELLEZANI, R.; MALFITANO, A. P. S.; VALLI, C. M. Da vulnerabilidade social à vulnerabilidade psíquica: uma proposta de cuidado em saúde mental para adolescentes em situação de rua e exploração sexual. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Educação da USP, 2005. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 312-316, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300012&lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **J. pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, supl., p. 123-136, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700002&lng=en>. Acesso em: 17 maio 2010.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994. 335p.

BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar: busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-9, set./out. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Direção de Produção de Conteúdos e Formação em Educação a Distância. **Educação Integral e Intersetorialidade**. 2009a. Disponível em: <<http://tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/182240EduIntegralInter.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Conselho Nacional de Saúde. **12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca - manual**. Brasília: Ministério Saúde, 2003a. 80 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde**. 12.^a Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB-RH**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 96 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 07 mar. 2011.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Questões atuais de direito sanitário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 202 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório da Saúde à Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de março de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 60 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação:** um guia para o profissional de saúde. Brasília: Ministério Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80 p.: il.: color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno nº 2). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência.** 2. ed. Brasília: Ministério Saúde, 2006f. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 03 mar. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 24 p. : il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 09 mar. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Estudo De Caso Brasil: A Integração das Ações de Alimentação e Nutrição nos Planos de Desenvolvimento Nacional para o Alcance das Metas Do Milênio no Contexto do Direito Humano à Alimentação Adequada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 303 p. (Série G. Estatísticas e Informações em Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 160 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 200 p. : il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3 ed. Brasília: Ministério Saúde, 2006h. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 08 mar. 2011.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública: Coletânea de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d. v. 1. Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 24 mar. 2011.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos Do Direito À Saúde No Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 24 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS: Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008c.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS: Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009d.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS: Temático Saúde da Família II**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008d.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Comitê da Primeira Infância. **Políticas intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 149 p. : il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica à Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 100 p.: il. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 11) (Série A: Normas e Manuais Técnicos, n 173).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 40 p. il.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e. 96 p.: il. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) (Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011>. Acesso em: 28 maio 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS.** Brasília: Ministério Saúde, 2008e. 72 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 14 mar. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006i. 132 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV-Aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008f. 168p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 136p. (Série Legislação). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 172p.: il. (Série Manuais, n. 46). Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/publicacao/recomendacoes-consenso-gestante>>. Acesso em: 28 maio 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006j. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/publicacao/guia-para-formacao-de-profissionais-de-saude-e-de-educacao-spe>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Departamento de DST e Aids. Área Técnica de Saúde da Mulher **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Versão Revisada em Setembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/publicacao/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminizacao-da-epidemia-de-aids-e-outras-dst>>. Acesso em: 28 maio 2012.

_____. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011.** 5. ed. Brasília: Ministério Saúde, 2010c. 164 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CRAS: a melhoria da estrutura física para o aprimoramento dos serviços**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009e.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS: guia de orientação**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006k.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94**. Brasília: Senado Federal, 2004b.

CABRAL, I. E. Desafios e perspectivas do cuidar de enfermagem na saúde da criança. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 691-693, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 fev. 2012.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde debate**, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio/ago. 2003. Disponível em:<www.lilacs.br> Acesso em: 26 ago. 2008.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 831-836, nov./dez. 2009.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade**. 2. ed. Passo Fundo: Instituto Superior de Filosofia Berthier, 2009.

CHAREPE, Z. B.; FIGUEIREDO, M. H. J. S.; VIEIRA, M. M. S.; AFONSO NETO, L. M. V. (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 349-358, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200018&lang=pt> . Acesso em: 21 abr. 2012.

COHEN, B. E.; REUTTER, L. Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. **J Adv Nurs**, v. 60, n. 1, p. 96-107, Oct. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN 311, de 08 de fevereiro de 2007**: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Consolidado Dos Relatórios Das Conferências Estaduais De Saúde**: 12 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE CONFERÊNCIA SERGIO AROUCA. Brasília, 2003. Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2011.

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out./dez., 1996a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000400012&lng=en>. Acesso em: 17 jul. 2008.

DALLARI, S. G.; BARBER-MADDEN, R.; TORRES-FERNANDES, M. C.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; WATANABE, H. A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, dez. 1996b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000600014&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jul. 2008.

DALLARI, S. G. **Direito Sanitário**. s.d. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br>>. Acesso em: 01 jul. 2008.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 2011.

FALEIROS, J. J.; KALIL, G.; CASARIN, D. P.; LAQUE JR., P. A.; SANTOS, I. S. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.482-489, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/14.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 473-483, abr./jun. 2011.

FERNANDES, M. C.; BARROS, A. S.; SILVA, L. M. S.; NÓBREGA, M. F. B.; SILVA, M. R. F.; TORRES, R. A. M. Análise do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010.

FERNANDEZ, J. C. A.; ANDRADE, E. A.; PELICIONI, M. C. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: elemento instituinte? *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 153-164, jan./mar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jul. 2008.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 342-348, maio/jun. 2008.

FEUERWEKER, L. C. M. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. *Saúde debate*, n. 45, p. 47-52, dez. 1994. Disponível em:<www.lilacs.br> Acesso em: 10 ago. 2008.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a01v31n2.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev. latinoam. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, nov./dez. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600018&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 17 jul. 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, C. The politics of adoption: child rights in the Brazilian setting. *Law Policy*, v. 24, n. 3, p. 199-227, 2002.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FRANÇA JÚNIOR, I.; AYRES, J. R. C. M. **Amamentar é um direito humano?** São Paulo: SENAC, 2000.

_____. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). **Bioética e saúde pública**. Edições Loyola, 2009. p. 63-69.

_____. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo (SP): Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. Legislação, normativas, documentos e declarações. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, s.d. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 26 maio 2012.

_____. **Situação Mundial da Infância 2008**: sobrevivência infantil. 2008.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, nov./dez. 2010.

GADAMER, H. G. A idéia da filosofia prática. In:_____.**Hermenêutica em retrospectiva**: hermenêutica e a filosofia prática. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 27-39.

_____. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 731p.

GALVÃO, D. G. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 308-314, mar./abr. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200014&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2012.

GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H.; MACHADO, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 371-376, maio/jun. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300004&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2012.

GARBIN, C. A. S.; ROVIDA, T. A. S.; JOAQUIM, R. C.; PAULA, A. M.; QUEIROZ, A. P. D. G. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n.4, p. 665-670, jul./ago. 2011.

GOMES, A. M. T.; CABRAL, I. E. Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antiretroviral. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 719-726, set./out. 2010.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, jul./ago. 2010.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100009&lng=pt>. Acesso em: 17 maio 2010.

_____. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200023&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2012.

GONZALES, R. I. C.; CASARIN, S. N. A.; CALIRI, M. H. L.; SASSAKI, C. M.; MONROE, A. A.; VILLA, T. C. S. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 227-231, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jul. 2008.

GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: BANKOWSKI, Z.; BRYANT, J. H. (Ed). **Poverty, vulnerability and the value of human rights: a global agenda for bioethics**. Genebra: Council for International Organizations of Medical Sciences, 1995. p. 203-6.

GRANT, N.; GIBBS, T.; NASEEB, T. A.; AL-GARF, A. Medical students as family-health advocates: Arabian Gulf University experience. **Med Teach**, v. 29, n. 5, p. 117-21, June 2007.

GRUSKIN, S. **O que saúde pública e direitos humanos têm a ver um com o outro**. Palestra realizada na Associação Australiana de Saúde Pública. Melbourne, Austrália, out. 1997.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**, vols. I & II. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Universitário, 1997.

HUFFORD, L.; WEST, D. C.; PATERNITI, D. A.; PAN, R. J. Community-based advocacy training: applying asset-based community development in resident education. **Acad Med**, v. 84, n. 6, p. 765-70, June 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 set. 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – ICN. **The ICN Code of Ethics for Nurses**. Geneva (Switzerland), 2006. Disponível em: < <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>>. Acesso em: 03 abr. 2012.

INTERNATIONAL TRAINING AND EDUCATION CENTER ON HIV (I-TECH). **Building global capacity to improve the care of people living with HIV/AIDS**, s.d. Disponível em: <<http://www.go2itech.org/ppt/p06-db/db-51029-60.ppt>>. Acesso em: 14 jul. 2008.

JABLONSKI, B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 262-275, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200004&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2012.

KELLER, D.; JONES, N.; SAVAGEAU, J. A.; CASHMAN, S. B. Development of a brief questionnaire to identify families in needs of legal advocacy to improve child health. **Ambul Pediatr**, v. 8, n. 4, p. 266-9, July/ Aug. 2008.

KICHE, M. T; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200002&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2012.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. A vivência clínica na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 558-562, maio/jun. 2011.

LANZONI, G. M. M.; LESSMANN, J. C.; SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 580-586, maio/jun. 2011.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2012.

LELES, F. A. G.; MATOS, M. A. B.; MAYER, L. M. Atenção Primária à Saúde – Saúde em Casa – melhorando a qualidade da Atenção Primária prestada à saúde dos mineiros. In: MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; SILVA, J. A.; SILVA, M. V. C. P. (org). **O choque**

de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p. : il.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 847-852, dez. 2007.

LIMA, A. P. E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M. G. L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 912-918, set./out. 2011.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 91-97, jan./fev. 2010.

LÜDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** 2. ed. São Paulo: EPU, 2003.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, mar. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200025&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2012.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliar em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-369, mar./abr. 2011.

MANN, J. M.; GRUSKIN, S.; GRODIN, M. A.; ANNAS, G. J. (Eds). **Health and human rights: a reader.** New York and London: Routledge, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção do cuidado e subjetividade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-33, mar./abr. 2010.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 366-371, abr./jun. 2010. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707200000200019&lang=pt>. Acesso em 22 abr. 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n.5, p. 775-781, set./out. 2010.

MCLINTOSH, J.; SHUTE, J. The process of health visiting and its contribution to parental support in the Starting Well demonstration project. **Health Soc Care Community**, v. 15, n. 1, p. 77-85, Jan. 2007.

MIELKE, F. B.; OLCZOWSKY, A. Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Programa Viva Vida. **Atenção à saúde da criança**. Belo Horizonte: SAS, DNAS, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINKOVITZ, C. S.; CHANDRA, A.; SOLOMON, B. S.; MCDONNELL, K. A.; SILVER, G. B.; TONNIGES, T. F. Community Pediatrics: gender differences in perspectives of residents. **Ambul Pediatr**, v. 6, n. 6, p. 326-31, Nov./Dec. 2006.

MOLINA, M. C. B.; LOPÉZ, P. M.; FARIA, C. P.; CADE, N. V.; ZANDONADE, E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500003>. Acesso em: 16 abr. 2012.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100004&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. (org). **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 176 p.: il. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 2).

NAÇÕES UNIDAS. **The Millennium Development Goals and the role of the United Nations**. United Nations, Oct. 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/MDGs-FACTSHEET1.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2008.

NERY, M. A. A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser repensada pela escola. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 30, n. 81, p. 189-207, maio/ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000200005&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2012.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 666-670, jul./ago. 2010.

NOVACZYK, A. B.; DIAS, N. S.; GAÍVA, M. A. M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 10, n. 4, p. 1124-1137, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

NUNES, M. D. R.; DUPAS, G.; NASCIMENTO, L. C. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 227-233, mar./abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 1989. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php> Acesso em: 29 set. 2010.

_____. **Declaração dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php> Acesso em: 27 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Módulos de auto-aprendizagem sobre saúde e segurança no trabalho infantil e juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 152 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <saude.gov.br>. Acesso em: 30 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS)**, s.d. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 15 ago. 2011.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS, 2005. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. **Selected annotated bibliography on primary health care in the Américas.** 2004. Disponível em: < www.paho.org>. Disponível em: 19 nov. 2011.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do Líder da Pastoral da Criança.** 9. ed. Rev. e Ampl. Curitiba: Pastoral da Criança, 2007.

PATERNITI, D. A.; PAN, R. J.; SMITH, L. F.; HORAN, N. M.; WEST, D. C. From physician-centered to community-oriented perspectives on health care: assessing the efficacy of community-based training. **Acad Med**, v. 81, n. 4, p. 347-53, Apr. 2006.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P.; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009.

PINTO, E.; OLIVEIRA, A. R.; ALENCASTRE, H.; LOPES, C. Avaliação da composição corporal na criança por métodos não invasivos. **Arq Med**, Porto, v. 19, n. 1-2, p. 47-54, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n1-2/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n.1, p. 132-135, jan./fev. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100022&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2012.

RAMAN, S.; WOOLFENDEN, S.; WILLIAMS, K.; ZWI, K. Human rights and child health. **J Paediatr Child Health**, v. 43, n. 9, p. 581-6, 2007.

ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2004.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, abr./jun. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200012&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2012.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan./mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-92004000100008&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2012.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 317-321, mar./abr. 2010.

SANTOS, I.; ALVES, A. C. S.; SILVA, F. S.; PENNA, L. H. G.; ALVIN, N. A. T. Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: contribuição da sociopoética. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 63, n. 4, p. 644-651, jul./ago. 2010.

SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. Ações do Conselho Tutelar e seu envolvimento com a violência infantil. **Pediatr. mod.**, v. 45, n. 6, p. 215-219, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=540862&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, mar./abr. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo (SP): Hucitec, 1996. p. 29-47.

SECAF, V.; RODRIGUES, A. R. F. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por quê? **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 5-11, abr. 1998.

SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O.; CARVALHO, P. A. L.; REIS, H. F. T.; MARQUES, A. M. N. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200013&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2012.

SHIPLEY, L. J.; STELZNER, S. M.; ZENNI, E. A.; HARGUNANI, D.; O' KEEFE, J.; MILLER, C.; ALVERSON, B.; SWIGONSKI, N. Teaching community pediatrics to pediatric residents: strategic approaches and successful models for education in community health and child advocacy. **Pediatrics**, v. 115, n. 4, p. 1150-7, Apr. 2005.

SILVA, A. C. M. A.; VILAR, M. A. M.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. A. C. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 349-358, fev. 2009.

SILVA, A. M. **Competências da enfermeira para a atenção à criança na rede básica de saúde**. 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-924, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500018&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2012.

SILVA, M. A. S.; COLLET, N.; SILVA, K. L.; MOURA, F. M. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 359-365, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300008&lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2012.

SILVA JUNIOR, E. S.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; FONSECA, A. C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador-Bahia. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 49-60, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500005&lang=pt> . Acesso em: 21 abr. 2012.

SIMIONATO - TOZO, S. M. P.; BIASOLI - ALVES, Z. M. M. O cotidiano e as relações familiares em duas gerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 14-15, p. 137-150, fev./ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1998000100011&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 60-69, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100008&lang=pt> . Acesso em: 15 abr. 2012.

_____. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 29-38, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/05.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

SOLOMON, B. S.; MINKOVITZ, C. S.; GRASON, H. A.; CARRACCIO, C. Community pediatrics: a consistent focus in residency training from 2002 to 2005. **Ambul Pediatr**, v. 7, n. 4, p. 321-4, July/Aug. 2007.

SORJ, B.; FONTES, A.; MACHADO, D. C. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil. **Cad. pesquis.**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 573-594, set./dez. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742007000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 maio 2012.

SOUZA, J.; CARVALHO, A. M. P. Repercussões do ambiente familiar alcoolista para o desenvolvimento da criança: relato de caso. **Pediatr. mod.**, v. 46, n. 3, p. 114-119, maio/jun. 2010.

SOUZA, S. N. D. H. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática**. 2010. 282f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p.1-8.

TESSER, C. D. ; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1994.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

VENDRUSCOLO, T. S.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 812-819, set./out. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2012.

VENTURA, C. A. A.; ARAÚJO, A. S.; MOLL, M. F. Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 650-655, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500009&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 maio 2012.

VENTURA, C. A. A. Saúde e desenvolvimento humano: a enfermagem e o direito humano à saúde no Brasil. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 137-142, mar. 2008. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5311>> Acesso em: 18 abr. 2012.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; MELLO, D. F.; BERTOLOZZI, M. R.; CHIESA, A. M.; SIGAUD, C. H. S.; FUGIMORI, E.; LIMA, R. A. G. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 396-400, jul./ago. 2003.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 maio 2012.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400033&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2012.

WATERSTON, T. Teaching and learning about advocacy. **Arch Dis Child Educ Pract Ed**, v. 94, n. 1, p. 24-8, Feb. 2009.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. **Public Health Nurs**, v. 25, n.4, p. 336-43, July/Aug. 2008.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na Atenção Básica**: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Advocacy** – a Practical Guide with Polio Eradication as a Case Study. 1999.

_____. Information Series on School Health. **Skills-based health education including life skills**: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. s.d.a.

_____. Mental Health Policy and Service Guidance Package. **Advocacy for mental health**, 2003.

_____. **Repositioning Family Planning**: guidelines for advocacy action. 2008a.

_____. **Stop the global epidemic of chronic disease**: a practical guide to successful advocacy, 2006.

_____. Western Pacific Regional Office. Emergency and Humanitarian Action (EHA) unit. **Advocacy manual for safe hospitals**. s.d.b.

_____. World Health Day. Mental Health. **Results of a Global Advocacy Campaign**. 2001.

_____. **World Report on Child Injury Prevention**. 2008b.

ZANOTI-JERONYMO, D. V.; CARVALHO, A. M. P. Self-concept, academic performance and behavioral evaluation of the children of alcoholic parents. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 233-236, set. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300014&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2012.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista

Codiname: _____ Início: _____ Término: _____

Sexo: _____ Idade: _____(anos)

Especialização: () Sim () Não Qual: _____

Há quanto tempo se formou: _____

Há quanto trabalha na Estratégia Saúde da Família: _____

- Como é organizada a assistência às crianças aqui no seu trabalho?

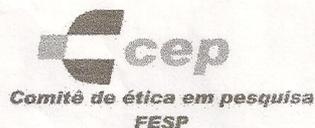
- Você poderia me contar alguma situação em que você vivenciou a necessidade de algum tipo de defesa em favor da saúde da criança?

- Como tem sido o trabalho em parcerias em favor da criança?

- E a relação intersetorial do serviço de saúde com outras áreas para a garantia dos direitos da criança?

- Como você entende a defesa pela criança no cuidado à saúde, no dia-a-dia de trabalho no PSF?

- Quais conhecimentos, habilidades e atitudes você percebe que são importantes para que o enfermeiro desenvolver a defesa pela saúde da criança em seu contexto de trabalho?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO**

Parecer Nº. **25/2011**

Pesquisador (a) Responsável: **RAQUEL DULLY ANDRADE**

Tipo de Pesquisa: **Grupo III**

Registro no CEP: **13/06/2011** Processo Nº. **303/2011**

Instituição onde será desenvolvido: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da FESP - Fundação de Ensino Superior de Passos analisou na sessão do dia **21/06/2011** o processo Nº **303/2011**, referente ao projeto de pesquisa: "**EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA CRIANÇA: CONSTRUINDO O CONCEITO DE ADVOCACIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**", tendo como pesquisadora responsável **RAQUEL DULLY ANDRADE**.

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.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Passos, 28 de junho de 2011.

Coordenador do CEP-FESP