UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAQUELINE SILVA SANTOS

Promoção da saúde na infância e o direito à saúde: experiências de
mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças

RIBEIRÃO PRETO

2014

JAQUELINE SILVA SANTOS

Promoção da saúde na infância e o direito à saúde: experiências de
mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre 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

2014

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.

Santos, Jaqueline Silva.

Promoção da saúde na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças. Ribeirão Preto, 2014.

111 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Profª Drª Débora Falleiros de Mello

1. Gravidez na Adolescência. 2. Saúde da Criança. 3. Promoção da Saúde. 4. Direito à Saúde.

SANTOS, Jaqueline Silva

Promoção da saúde na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

À Minha Família...meu alicerce...pelo amor,
proteção, sensibilidade e incentivo...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido forças e discernimento durante a trajetória deste estudo.

Aos meus pais, João de Oliveira Santos e Nilsa Maria da Silva Santos, exemplos de pessoas dignas, por estarem sempre preenchendo minha vida com amor, carinho, proteção.

Ao irmão William Messias Silva Santos, meu grande amigo, pela paciência, compreensão, amizade e cooperação ... pelos momentos de alegria que compartilhamos, essenciais para tornar uma minha caminhada mais leve e feliz.

À Débora Falleiros de Mello, minha orientadora, pelos ensinamentos, confiança e apoio ... agradeço imensamente por ter conduzido este estudo com tanta segurança, sensibilidade e comprometimento.

À Raquel Dully Andrade, pela solidariedade, parceria e amizade.

Às professoras, Marta Angélica Iossi Silva e Maria Cândida de Carvalho Furtado, pelas contribuições a este estudo na qualificação.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que possibilitou suporte na realização deste estudo.

Aos integrantes das equipes de Saúde da Família do município de Passos, em especial aos enfermeiros e aos agentes comunitários de saúde, pela disponibilidade e cooperação.

As mães adolescentes e suas famílias, por terem me acolhido com tanto carinho em seus lares...agradeço também às mães adolescentes pela disponibilidade em compartilhar suas experiências no cuidado cotidiano com seus filhos, viabilizando a construção deste estudo.

Aos amigos Marina Sayuri Yakuwa e Rodolfo Luis Leite Batista, pelo companheirismo, incentivo e amparo em todos os momentos...por tornarem meus dias mais felizes.

À Maria de Lourdes Silva, minha querida tia, por ter me acolhido em sua casa durante a pós graduação.

*Não sei se a vida é curta ou longa
para nós, mas sei que nada do que
vivemos tem sentido, se não
tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que
acolhe, braço que envolve, palavra
que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que
corre, olhar que acaricia, desejo
que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida. É o que
faz com que ela não seja nem
curta, nem longa demais, mas que
seja intensa, verdadeira, pura
enquanto durar.*

Cora Coralina

RESUMO

SANTOS, J. S. **Promoção da saúde na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças.** 2014. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

No seu processo de crescimento e desenvolvimento, a criança precisa de cuidados adequados desempenhados por pessoas comprometidas com a sua saúde e bem-estar. A maternidade na adolescência apresenta-se como uma situação delicada e complexa, em que a mãe adolescente necessita contar com uma rede de apoio para desempenhar um cuidado protetor que promova a saúde infantil. O objetivo do presente estudo foi analisar as experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos na perspectiva da promoção e defesa do direito à saúde da criança. Trata-se de um estudo exploratório com análise qualitativa temática indutiva dos dados. As informações foram coletadas em entrevistas semiestruturadas gravadas com 20 mães adolescentes com filhos acompanhados por equipes de Saúde da Família do município de Passos, Minas Gerais, Brasil. Os resultados foram organizados de acordo com os seguintes temas: A maternidade na adolescência; O cuidado cotidiano da criança; A saúde da criança e a defesa de seus direitos. Nas experiências narradas pelas mães adolescentes emergiram aspectos referentes à construção do papel materno e as perspectivas para o futuro, ao cuidado da criança, envolvendo a complexidade e a construção de conhecimentos e habilidades para um cuidado protetor, bem como à tradução de preocupações, lacunas e ações ora favoráveis, ora limitantes, para uma atenção ampliada e em defesa da criança. Desde a descoberta da gravidez até o cotidiano de cuidado, a adolescente depara-se com diversos sentimentos e emoções, sendo singular a presença de uma rede de apoio para a interação com a criança, o amparo nos momentos de dificuldades e o desempenho dos cuidados, auxiliando a adolescente a dar prosseguimento aos projetos de vida. As práticas de saúde e as ações profissionais vistas pelas mães adolescentes mostram-se favoráveis, de certo modo, ao exercício da defesa da saúde da criança, de acordo com as necessidades e vulnerabilidades por elas apreendidas. Os relatos maternos também apontaram lacunas que ocorrem no pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mostrando certas fragilidades para a garantia do direito à saúde na infância. Assim, os resultados sugerem que as potencialidades da mãe adolescente são mais evidentes quando ela é apoiada, permitindo demonstrar capacidade de enfrentamento e superação de dificuldades e estabelecer vínculos afetivos com a criança. O estudo traz contribuições para a atuação das equipes de saúde da família em busca de ampliar o empoderamento das mães adolescentes, fortalecer as práticas de defesa da saúde infantil e do cuidado integral à saúde de crianças e famílias.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência. Saúde da Criança. Promoção da Saúde. Direito à Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, J. S. Health promotion in childhood and the right to health: teenage mothers experience in the daily care of children. 2014. 111 f. Dissertation (Masters' Degree) – Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2014.

In their growth and development process, the children need proper care provided by people committed to their health and well-being. Motherhood in adolescence appears as a delicate and complex situation, in which the teenage mother needs to count on a support network to play a protective care that promotes children health. The aim of this study was to analyze teenage mothers' experience in providing care to children aged from six months to two years old, with a view to promoting and defending the right of the child to health. This is an exploratory study with qualitative analysis and inductive thematic data. Data were collected via semi-structured interviews, conducted with 20 teenage mothers with children, accompanied by Family Health teams at the city of Passos, Minas Gerais, Brazil. The results were organized according to the following topics: Motherhood in adolescence; The daily care of the child; The health of children and the defense of their rights. From the experiences narrated by adolescent mothers, aspects related to the construction of the maternal role and prospects for the future, to child care, involving the complexity and the construction of knowledge and skills to a protective care emerged, as well as others regarding concerns, gaps and actions sometimes favorable, sometimes limiting, for an attitude of more focused and child-centered attention. Since the discovery of pregnancy to the care provision in daily life, the teenager is faced with many feelings and emotions, and the presence of a support network is unique for interaction with the child, for protection in times of difficulties and for providing care, helping the adolescent to give continuity to the life projects. Health practice and professional actions seen by teenage mothers favor, in a way, the exercise of children's health protection, according to the needs and vulnerabilities perceived by them. Mothers' reports also showed gaps in the prenatal and in the growth and development of children, showing certain weaknesses in ensuring the right to health in childhood. Thus, the results suggest that the teen mother's capabilities are more evident when she has support, allowing her to demonstrate some ability to cope and overcome difficulties and establish emotional bonds with the child. The study brings contributions to the work of Family Health teams seeking to extend the empowerment of adolescent mothers and strengthen defense practices of child health and comprehensive health care of children and families.

Keywords: Teenage Pregnancy. Child Health. Health Promotion. Right to Health.

RESUMEN

SANTOS, J. S. **Promoción de la salud en la infancia y el derecho a la salud: experiencias de las madres adolescentes en el cuidado cotidiano de los niños.** 2014. 111 f. Tesis (Maestría) - Ribeirão Preto Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

En el proceso de crecimiento y desarrollo, el niño, necesita cuidados adecuados desempeñados por personas comprometidas con su salud y bienestar. La maternidad en la adolescencia se presenta como una situación delicada y compleja, donde la madre adolescente necesita contar con una red de apoyo para desempeñar un cuidado protector que promueva la salud infantil. El objetivo del presente estudio fue analizar las experiencias de las madres adolescentes en el cuidado de niños con edades entre seis meses y menores de dos años en la perspectiva de la promoción y defensa del derecho a la salud del niño. Se trata de un estudio exploratorio con análisis cualitativo y una temática inductiva de los datos. Las informaciones se recogieron en entrevistas semiestructuradas grabadas con 20 madres adolescentes que tenían sus hijos acompañados por equipos de Salud de la Familia del municipio de Passos, Minas Gerais, Brasil. Los resultados fueron organizados de acuerdo con los siguientes temas: La maternidad en la adolescencia; El cuidado cotidiano del niño; la salud del niño y la defensa de sus derechos. En las experiencias narradas por las madres adolescentes emergieron aspectos referentes a la construcción del papel materno y las perspectivas para el futuro, el cuidado del niño, envolviendo la complejidad y la construcción de conocimientos y habilidades para un cuidado protector, así como la traducción de preocupaciones, lagunas y acciones unas veces favorables, otras limitantes, para realizar una atención ampliada y en defensa del niño. Desde la descubierta del embarazo hasta el cotidiano de cuidado, la adolescente se depara con diversos sentimientos y emociones, siendo singular la presencia de una red de apoyo para que ocurra la interacción con el niño, el amparo en los momentos de dificultades y el desempeño de los cuidados, auxiliando a la adolescente para que dé seguimiento a sus proyectos de vida. Las prácticas de salud y las acciones profesionales vistas por las madres adolescentes se muestran favorables, de cierto modo, al ejercicio de la defensa de la salud del niño, de acuerdo con las necesidades y las vulnerabilidades por ellas aprendidas. Los relatos maternos también apuntaron lagunas que ocurren en el prenatal y en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo del niño, mostrando ciertas fragilidades para garantizar el derecho a la salud en la infancia. De esta forma los resultados sugieren que las potencialidades de la madre adolescente son más evidentes cuando ella es apoyada, permitiéndole demostrar capacidad de enfrentamiento y superación de dificultades y establecer vínculos afectivos con el niño. El estudio trae contribuciones para actuación de los equipos de salud de la familia en busca de ampliar el empoderamiento de las madres adolescentes, fortalecer las prácticas de defensa de la salud infantil y del cuidado integral ofrecido a la salud de los niños y sus familias.

Palabras-clave: Embarazo en la Adolescencia. Salud del Niño. Promoción de la Salud. Derecho a la Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas das mães adolescentes. Passos-MG, 2014.....	46
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária à Saúde
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CESEC – Centro Estadual de Educação Continuada
CNM – Confederação Nacional dos Municípios
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
ESF – Estratégia Saúde da Família
FESP – Fundação de Ensino Superior de Passos
DCA – Direitos da Criança e do Adolescente
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG – Minas Gerais
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PROMAI – Programa Materno-Infantil da Santa Casa de Passos
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SF – Saúde da Família
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidades de Saúde da Família
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Os direitos da criança.....	15
1.2 A promoção da saúde da criança.....	26
1.3 O cuidado à criança desempenhado por mães adolescentes.....	32
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivo Geral.....	37
2.2 Objetivos Específicos.....	37
3 METODOLOGIA.....	38
3.1 Tipo de estudo.....	38
3.2 Caracterização do campo de estudo.....	38
3.3 Participantes do estudo.....	40
3.4 Coleta dos dados.....	41
3.5 Análise dos dados.....	42
3.6 Aspectos éticos do estudo.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	109

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área de conhecimento Enfermagem em Saúde da Criança e pela temática deste estudo conformou-se durante os anos de Graduação em Enfermagem, concluída em 2010, e a Especialização em Saúde Pública - com ênfase em Saúde da Família, realizada no período de 2011-2012, bem como nos campos de estágios realizados nos serviços de saúde da cidade de Passos-MG, os quais proporcionaram a realização de indagações e reflexões sobre a promoção da saúde na infância e o direito à saúde.

Acredita-se que a realização deste estudo trará contribuições para ampliar a compreensão sobre as relações entre o direito à saúde e ações de promoção da saúde da criança, na perspectiva de mães adolescentes de crianças cadastradas em Unidades de Saúde da Família, trazendo subsídios para práticas que resultem em benefícios para a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias.

No presente estudo, a introdução versa sobre os direitos da criança, a promoção da saúde da criança, o cuidado à criança desempenhado por mães adolescentes, apresentando o tema e construindo as questões norteadoras do estudo. Em seguida, encontram-se os objetivos (geral e específicos). Posteriormente, ocorre a descrição do percurso metodológico e dos procedimentos éticos adotados neste estudo.

Nos resultados, encontra-se a caracterização das participantes, bem como a organização de suas falas em temas e subtemas. A discussão realizada foi ancorada em literatura pertinente e articulada com os conceitos expostos na introdução. Ao final, encontram-se as considerações finais e apontamentos para novas pesquisas.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à saúde da criança vem passando por transformações em função dos avanços científicos, da incorporação de tecnologias, dos modelos assistenciais adotados e da preocupação com a qualidade de vida e os direitos humanos.

As transformações ocorridas ocasionam uma nova realidade à saúde da criança no Brasil e no mundo, pois, se por um lado, a mortalidade infantil vem diminuindo, os indicadores de aleitamento materno com certo aumento, a vacinação e o pré-natal com ampliação do acesso, por outro lado, vem ocorrendo aumento do número de partos prematuros, da incidência de obesidade infantil, da violência infantil e do número de crianças com doenças crônicas (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Em nosso país, há o reconhecimento constitucional da saúde como um direito a ser assegurado (BRASIL, 2011a; BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013), pautado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como pela descentralização, hierarquização e controle social. Cabe ressaltar que, apesar de declarada como um direito constitucional, diversos desafios são postos para a população brasileira, para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Na infância, o processo de crescimento e desenvolvimento é marcante, visto que envolve mudanças, aquisições de habilidades e competências, bem como vulnerabilidades específicas a serem consideradas ou superadas em cada etapa desse processo (VERISSÍMO et al., 2009). O seguimento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da atenção à saúde da criança, e a base da assistência tem sido a vigilância de fatores que podem interferir nesse processo, buscando a redução da morbimortalidade infantil e o alcance de uma melhor qualidade de vida.

Assim, observa-se que o seguimento da saúde da criança é um processo amplo e complexo, tomado como uma tecnologia de cuidado em saúde que remete a uma reconstrução de saberes e práticas considerando novas dimensões para a produção de cuidados (MELLO et al., 2012), e necessita ser compreendido diante das transformações que ocorrem na atenção à saúde infantil no Brasil, bem como das experiências que as famílias têm no cuidado cotidiano de seus filhos.

A qualidade dos cuidados dispensados à criança, assim como o ambiente e a dinâmica familiar são fundamentais para um crescimento e desenvolvimento infantil seguro e saudável

(BRITTO; ULKUER, 2012). Tendo em vista que a criança é um ser especialmente vulnerável em sua própria advocacia para a garantia de seus direitos (ANDRADE et al., 2013a), necessita se tornar visível nas questões relacionadas ao cuidado à sua saúde, considerando suas particularidades e vulnerabilidades (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Nesse contexto, pensar a saúde da criança remete a necessidade de conhecer as escolhas e tomadas de decisão dos cuidadores e famílias, estimular a produção de narrativas desses sujeitos, e fortalecer virtudes e experiências cotidianas (MELLO et al., 2012), buscando subsídios para o enriquecimento do cuidado integral e longitudinal.

1.1 Os direitos da criança

Ao longo da história, a criança foi vista de diferentes formas, e essas diversas concepções influenciaram a maneira como a criança era tratada, assim como na elaboração e implantação de políticas públicas destinadas a esse segmento. O reconhecimento dos direitos da criança mundialmente é recente (século XX) e, no Brasil, devido à conjuntura social, econômica e política, esse processo apenas foi oficialmente difundido com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990.

Os direitos da criança têm sido tratados na literatura técnica e científica sob diferentes prismas, abordando seu desenvolvimento, suas demandas, as políticas sociais públicas e privadas, as campanhas de promoção e defesa dos direitos, entre outras (FUZIWARA, 2013). Todavia, essa diversidade de enfoques pode fragmentar a realidade e obscurecer aspectos cruciais para a compreensão e o enfrentamento da violação de direitos por ação ou omissão, seja na família, sociedade e/ou Estado (FUZIWARA, 2013).

Em geral, a criança é conceituada como um ser vulnerável e frágil, que precisa ser cuidada, protegida e defendida, mas, cabe enfatizar que muitas crianças ainda vivem em situações diversas de privação de direitos, o que compromete consideravelmente sua saúde e seu processo de crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, torna-se evidente que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos da criança são essenciais para que ela tenha qualidade de vida.

Para entendimento e problematização da realidade vivida pelas crianças é necessário um olhar sobre as concepções da infância tecidas ao longo do processo histórico brasileiro

(FUZIWARA, 2013; SANTOS, 2007). É relevante pontuar que a infância assumiu diferentes significados, influenciados pela conjuntura vivenciada no Brasil e no mundo.

No Brasil colônia já existia heterogeneidade na concepção e tratamento das crianças, de acordo com a cor da pele e a classe social pertencente, processo que perpetuou e deixou marcas profundas, refletindo-se na situação de privação de direitos experienciada por muitas crianças brasileiras (SANTOS, 2007).

O sistema colonial começou a ser implantado no Brasil no século XVI, determinado pelo controle dos portugueses, que impuseram aos habitantes das “Terras Brasis” os seus “modos de vida”, que se tornaram dominantes no âmbito do “processo civilizatório” (SANTOS, 2007). Assim, no Brasil, durante o período colonial, a concepção de infância estava em consonância com a visão europeia (SANTOS, 2007). Na Europa, no final do século XVI, a criança deixou de ser vista como um ser engraçado, cômico, cuja finalidade era alegrar os adultos, para ser concebida como modelo de inocência e pureza (ARIÈS, 1981).

O material disponível para compreender a criança no Brasil colônia é constituído por relatos descritos em documentos, tratados e cartas da época e descrições de viajantes (RIBEIRO, 2006). As crianças que viveram no período colonial não dispunham de cuidados especiais, as famílias viviam em um sistema patriarcal, sendo que o senhor de engenho ditava as normas e regras a serem seguidas e, nessa época, o castigo físico (palmatória, vara de marmelo) era prática comum na educação das crianças, com um sofrimento imposto que ocasionava o desenvolvimento de problemas emocionais (RIBEIRO, 2006).

Além disso, muitas doenças (sarampo, varíola, verminoses, dermatoses, sarna, além da infecção denominada “mal-de-sete-dias”) afligiam e dizimavam as crianças (SANTOS FILHO, 1991 apud RIBEIRO, 2006). Por conseguinte, no Brasil colônia a criança, praticamente, não dispunha de proteção e cuidados necessários.

Todavia, naquele momento havia diferenciações no tratamento das crianças e a infância não era concebida de uma forma homogênea, pois existiam diferenças significativas entre a criança escrava, a indígena e a branca (SANTOS, 2007).

Logo, nota-se que durante muitos séculos, a criança foi vista e tratada de uma forma negativa, como um “adulto incompetente”, em que sua existência não possuía conteúdos positivos (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

A partir do século XIX, os significados atribuídos à infância passam por transformações (RIBEIRO, 2006). Destaca-se que o século XIX caracterizou-se pela expansão do capitalismo, sendo marco de transformações de ordem política, social, cultural, científica e tecnológica, que influenciaram amplamente o Brasil (SANTOS, 2007).

No século XIX, a família passou a dar real importância à criança. Nesse período, a primeira infância deixa de ser ambígua, passando as crianças pequenas (0 a 3 anos) a serem denominadas de ‘bebê’, e aquelas que possuíam até 12 anos como ‘criança’ (ARIEËS, 1981). Nessa época, também ocorreu a propagação de ideais higienistas, que defendiam a necessidade de mudanças na forma de tratar a criança, protegendo-a das doenças e morte prematura (RIBEIRO, 2006). Assim, houve mudança no modo como a criança era vista e compreendida, para algumas como um ser que necessitava de cuidados e proteção da família, todavia, a infância ainda era negada às crianças escravas (SANTOS, 2007).

Com a noção de fragilidade e dependência da criança, vários segmentos da sociedade e instituições, vendo a necessidade de procurar meios para protegê-la, começaram a lutar pela elaboração de leis que defendessem as crianças (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). A partir do século XX, a criança começou a ser considerada nas leis e códigos, processo que ocorreu mundialmente e no Brasil (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Cabe destacar que a preocupação internacional com os direitos da criança emergiu no final do século XIX, mas, apenas no século XX é que foram aprovados os instrumentos de reconhecimento e proteção dos direitos da criança, como a Declaração de Genebra (1924), a Declaração dos Direitos Humanos (1948) e a Declaração sobre os Direitos da Criança (1959) (ARANTES, 2012). Esses instrumentos afirmavam que as crianças, devido à idade e imaturidade, tinham direito a proteção e sobrevivência, necessitando de cuidados especiais (ARANTES, 2012).

No âmbito internacional, em 1924, a Liga das Nações adotou a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, que estabeleceu os direitos da criança para seu desenvolvimento, de ordem material, moral e espiritual (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF), 2009). Além disso, reconheceu que a criança necessitava de prioridade no atendimento em situações difíceis, imunidade contra exploração econômica e ser educada em um ambiente que inspirasse um sentido de responsabilidade social (UNICEF, 2009).

As primeiras décadas do século XX, no Brasil, foram caracterizadas pela implantação do processo de industrialização, sendo a preocupação com a criança concretizada por iniciativas precursoras em instituições voltadas, especificamente, para os cuidados com a infância (RIBEIRO, 2006; SANTOS, 2007). Nessa conjuntura, a criança e o adolescente eram vistos como reprodutores potenciais de capital (SANTOS, 2007). Por conseguinte, os cuidados médicos precisavam contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade infantil e

com a educação escolar, tendo uma ligação com a provisão da força de trabalho para o mercado em construção (SANTOS, 2007).

A problemática vivenciada pelas crianças e adolescentes, denominados “menores abandonados”, que povoavam as ruas das cidades brasileiras, habitando-as, trabalhando ou já praticando pequenos delitos, passou a preocupar as classes dominantes (SANTOS, 2007).

Em 1927 foi decretado o Código de Menores, que consagrou a “concepção dominante de criança e adolescente, filhos de trabalhadores, abandonados ou não, são ‘menores’ porque possuem um potencial para exercer delitos e que estão aptos a todos os tipos de vícios” (SANTOS, 2007, p. 235). Esse Código de Menores, por um lado, pressupunha o acompanhamento da saúde das crianças e nutrizes de acordo com a visão higienista e, por outro, intervinha no abandono físico e moral das crianças, internava os abandonados socialmente, repreendia e instituía a liberdade vigiada aos jovens que cometiam infração penal (PEREZ; PASSONE, 2010).

A noção de direitos da criança é reafirmada na Declaração dos Direitos Humanos, aprovada em 1948, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo que o artigo 25 da referida declaração faz menção à criança como possuidora do direito a cuidados e assistência especiais (UNICEF, 2009).

Sobre os direitos humanos é necessário apontar que se configuram como um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, sendo universais, inalienáveis, indivisíveis e interdependentes (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2008; GOUVEIA, 2009; PIOVESAN, 2005). A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), por intermédio da ONU, a comunidade internacional buscou firmar uma série de convenções internacionais para o estabelecimento de estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, visando à garantia e a não violação dos direitos humanos (BRASIL, 2007b; PIOVESAN, 2005). Os direitos humanos podem ser classificados em três gerações (MANIGLIA, 2009). Na primeira geração encontram-se os direitos civis e políticos, compreendendo o princípio da liberdade e os direitos do cidadão (MANIGLIA, 2009). Na segunda geração têm-se os direitos econômicos, sociais e culturais, que acentuam o princípio da igualdade (MANIGLIA, 2009). Já na terceira geração estão presentes os direitos de titularidade coletiva, consagrando o princípio da solidariedade (MANIGLIA, 2009).

A partir dessas reflexões, cabe ressaltar a diferenciação entre as denominações ‘direitos fundamentais’ e ‘direitos humanos’. Os direitos fundamentais estão relacionados aos direitos humanos positivados, e para expressá-los, na linguagem mundial no plano de

declarações e convenções internacionais, tem sido empregada a expressão ‘direitos humanos’ (MANIGLIA, 2009).

No tocante à evolução dos padrões internacionais de direitos de criança, em 1959 foi adotada pela Assembleia Geral da ONU a Declaração dos Direitos da Criança, que reconhece direitos tais como imunidade à discriminação, possuir um nome e uma nacionalidade (UNICEF, 2009). Além disso, estabelecem de modo específico os direitos da criança à educação, cuidados de saúde e proteção especial (UNICEF, 2009).

Com a Declaração dos Direitos da Criança (1959) a infância passou a ser valorizada e a criança reconhecida como um sujeito de direitos pela ONU (PEREZ; PASSONE, 2010). Apesar desses avanços, cabe pontuar que o documento de 1959 ainda permanecia com uma abordagem assistencialista, buscando proteger a criança, mas dando pouca relevância às questões de autonomia e protagonismo (UNICEF, 2009).

No Brasil, o hiato entre o marco histórico dos direitos universais da criança e a realidade de atendimento desse segmento no país, marcada por ações assistencialistas, higienistas e repressivas, suscitou vários questionamentos do Serviço de Assistência ao Menor (SAM), entidade de contenção-repressão infanto-juvenil, e do próprio Código de Menores (PEREZ; PASSONE, 2010). A proposta de reformulação da legislação levava a uma contraposição entre aqueles que consideravam ‘o menor’ como objeto do direito penal e aqueles que acreditavam que era sujeito de direitos (RIZZINI, 1995 apud PEREZ; PASSONE, 2010).

Já no ano de 1966, foram adotados pela ONU o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificados pelo Brasil em 1992, que reconhecem os direitos humanos universais no âmbito individual, coletivo e social (BRASIL, 2007b; UNICEF, 2009). Esses pactos advogam em prol da proteção da criança contra a exploração e fomentam o direito à educação (UNICEF, 2009).

Especificamente em favor da infância, a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, adotada em uma Assembléia Geral da ONU, em 1989, “marcou o clímax de um longo processo de articulação e consolidação dos direitos da criança na arena internacional, que remontava aos primeiros anos do século 20” (UNICEF, 2009, p. 4). Em relação às declarações internacionais anteriores, a Convenção de 1989 representou significativas inovações ao outorgar à criança todos os direitos e todas as liberdades inscritas na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 e, assim, pela primeira vez, os direitos de liberdade, até então reservados aos adultos, foram reconhecidos às crianças (ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

Nesse sentido, se por um lado, a Declaração de Genebra (1924) e a Declaração dos Direitos da Criança (1959) expressavam aspirações da comunidade internacional referentes aos direitos da criança, por outro, a Convenção e seus Protocolos Facultativos configuraram-se como instrumentos legais, sendo assim, as nações que os ratificaram estão comprometidas com a realização dos dispositivos contidos nesses instrumentos (UNICEF, 2009).

Desse modo, no que se refere ao reconhecimento dos direitos da criança, no plano internacional, a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989) foi vista como um marco de referência, pois transformou a maneira como a criança era vista e tratada em todas as partes do mundo e influenciou ampla e profundamente legislações nacionais e internacionais (ARANTES, 2009, 2012; UNICEF, 2009). Já no âmbito nacional, esse papel foi desempenhado pela Constituição Federal (1988) e ECA (1990) (ARANTES, 2009; UNICEF, 2009).

Arelado a esses documentos, deve-se destacar que a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989), uma inovação na representação da infância e dos direitos infantis, inspirou a elaboração do art. 227 da Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 2004a) e do ECA em 1990 (ROSEMBERG; MARIANO, 2010). Nesse sentido, com a promulgação dessa Constituição (1988) e a publicação do ECA em 1990 (BRASIL, 2008) as crianças e adolescentes passaram a ser vistos como sujeitos de direitos, prioritários na formulação e execução de políticas públicas no Brasil.

No artigo 227 do capítulo VII da Constituição Federal Brasileira de 1988, que trata da família, da criança, do adolescente e do idoso; consta que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2004a, p. 55).

Nessa perspectiva, nota-se que a Constituição de 1988 trouxe como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania (LEITE, 2012). Essa recente mudança no marco legal foi influenciada pela trajetória dos direitos humanos no contexto internacional, visto que todo o processo histórico de elaboração da Constituição estava impregnado por um contexto de efetivação internacional de direitos humanos e reorganização de sociedades democráticas (LEITE, 2012).

Assim, a emergência no espaço político dos direitos humanos foi essencial para a mudança do paradigma em que se baseava o atendimento à infância no Brasil, fazendo com que os menores se tornassem sujeitos de direitos (LEITE, 2012). Cabe ressaltar, ainda, que no processo de redemocratização da sociedade brasileira, os setores da sociedade civil e política formaram uma grande aliança em torno da problemática das crianças e adolescentes no Brasil (LEITE, 2012; OLIVA; KAUCHAKJE, 2009). Essa mobilização teve êxito ao conquistar o reconhecimento dos direitos sociais básicos de todas as crianças e adolescentes brasileiros, independentes de classe social ou raça, projetando uma sociedade responsável por condições dignas de vida para esses sujeitos (GOUVEIA, 2009; LEITE, 2012).

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança também definiu o princípio da Proteção Integral, que pressupõe que os países, em todas as suas ações, devem procurar alcançar o interesse maior da criança, protegendo-a contra riscos e buscando o estabelecimento de sua saúde e qualidade de vida (GOUVEIA, 2009). Destaca-se que, no Brasil, essa concepção foi fundamental para a substituição da Doutrina da Situação Irregular, utilizada como referência para o Código de Menores, vigente de 1979 a 1990, pela Doutrina da Proteção Integral, usada como referência na elaboração do ECA, em vigor desde 1990 (GOUVEIA, 2009).

O ECA propõe a Proteção Integral como direito das crianças (FÓRUM NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (DCA), 2009; LEITE, 2012). Todavia, Arantes (2009) coloca como questão fundamental o entendimento do sentido da Proteção Integral, proposta pelo ECA, sem confundi-la com a proteção assistencialista-correcional dispensada pelo sistema tutelar menorista, vigente no Brasil em quase todo o século XX. Com o paradigma da Proteção Integral, as crianças passaram a ser consideradas sujeitos de direitos, que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento e necessitam de proteção e prioridade absoluta (LEITE, 2012; OLIVA; KAUCHAKJE, 2009). Assim, cabe ao Estado, família e sociedade a responsabilidade de protegê-las, de forma integral e prioritária (EDUARDO; EGRY, 2010).

Em função disso, os direitos fundamentais das crianças apresentam-se como um tema de relevante complexidade (ARANTES, 2012). Se por um lado, há uma legislação considerada avançada por trazer a questão dos direitos e da necessidade da Proteção Integral de crianças e adolescentes, por outro, ainda coexiste a compreensão da proteção dos direitos como mero assistencialismo, particularmente em se tratando de crianças e adolescentes pobres (ARANTES, 2012).

De acordo com o ECA, a criança deve ter todos os direitos fundamentais à pessoa humana e, por isso, devem ser asseguradas, em condições de liberdade e de dignidade, todas as oportunidades e facilidades que visam proporcionar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social das crianças (BRASIL, 2008).

Dessa forma, compreende-se que a nova forma de tratamento à infância, indo ao encontro do exposto na Constituição Federal de 1988 e no ECA, deve basear-se em uma rede de atendimento integrada que possibilite a garantia de plenas condições de desenvolvimento para as crianças (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

Assim, pensando na Proteção Integral e nos direitos fundamentais da criança, ainda há necessidade de uma base concreta para a efetivação de uma política pública que garanta a proteção e faça tornar realidade o Sistema de Garantia de Direitos, preconizado pelo ECA, permitindo o nascimento e o desenvolvimento do ser humano em condições dignas, sadias e harmoniosas de existência (BRASIL, 2008; FÓRUM NACIONAL DCA, 2009).

Entre os direitos fundamentais da criança encontra-se o direito à saúde. Conforme disposto na Lei 8.080, considerada a Lei Orgânica da Saúde, a saúde é um direito fundamental de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1990). Apesar do exposto nessa lei, sabe-se que, no Brasil, ainda existem lacunas, tais como a dificuldade no acesso aos serviços e ações de saúde, pouca resolutividade, não integralidade da atenção, subfinanciamento, participação popular incipiente no controle do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, para que o direito à saúde seja garantido.

Diante deste quadro, o Brasil tem buscado elaborar e implantar estratégias que busquem garantir à criança a efetivação do seu direito à saúde. Dentre essas, pode-se citar o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2007a), a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b), o Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a), a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (BRASIL, 2010b; PENELLO; LUGARINHO, 2013).

Em 2000 foi elaborada a Declaração do Milênio, pacto que estabelece um compromisso compartilhado com o desenvolvimento humano sustentável, por 191 países membros da ONU (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM), 2008). Esses países se comprometeram a atingir até 2015 os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (CNM, 2008). O objetivo número quatro, reduzir a mortalidade infantil, e o objetivo 05, melhorar a saúde materna, relacionam-se diretamente à garantia de direitos à criança (CNM, 2008).

A meta estipulada para se alcançar o objetivo número quatro, reduzir a mortalidade infantil, correspondia a diminuição em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos, até 2015 (CNM, 2008). O Brasil conseguiu atingir essa meta no ano de 2012, três anos antes da data limite fixada pela ONU, pois houve a redução de 77% na taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos no país, entre 1990 e 2012 (UNICEF, 2013).

Uma combinação de ações políticas e programáticas adotadas, com a criação do SUS, ampliação do acesso aos serviços de saúde, modificações demográficas e socioeconômicas (melhorias na educação de mulheres, redução nas taxas de fecundidade, crescimento econômico, redução das disparidades de renda, urbanização), intervenções externas ao setor saúde (programas de condicionais de transferências de renda como o Bolsa Família, melhorias no saneamento básico), foco na Atenção Primária à Saúde (APS), promoção do aleitamento materno, estímulo a hidratação oral, expansão da imunização e implementação de diversos programas a nível nacional e estadual para a melhoria da saúde e nutrição infantil, foram responsáveis pelos progressos alcançados pelo Brasil, como a redução significativa da mortalidade infantil (BRASIL, 2012b; VICTORA et al., 2011).

Apesar desses resultados, é necessário frisar que a redução da mortalidade infantil nas populações mais vulneráveis ainda se apresenta como um grande desafio a ser superado pelo Brasil.

No que se refere ao objetivo 05 - melhorar a saúde materna - a meta é a redução em três quartos a mortalidade materna, até 2015 (CNM, 2008). Há dificuldades para avaliar o progresso na razão de mortalidade materna, uma vez que a tendência temporal do indicador está sendo afetada pelas melhorias nos sistemas de notificação de óbitos e pela ampliação das investigações sobre óbitos de mulheres em idade reprodutiva, mas existem evidências da redução nas razões de óbitos maternos nos últimos trinta anos (VICTORA et al., 2011). No entanto, a meta número 5 estipulada pela ONU, possivelmente, não será alcançada até o ano de 2015, configurando-se como um considerável desafio (VICTORA et al., 2011).

Na 27ª Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas, que ocorreu em 2002, foi aprovado o documento Um Mundo para as Crianças (BRASIL, 2010a). Nesse documento, os Chefes de Estado e de Governo e representantes dos países participantes, entre eles o Brasil, estabeleceram o compromisso de trabalhar em prol das crianças para a construção de um mundo mais justo para esse segmento (BRASIL, 2010a).

No ano de 2004, foram lançados no Brasil dois documentos importantes para a melhoria da assistência e saúde das crianças: O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e

Neonatal (BRASIL, 2007a) e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b).

O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal configura-se como um conjunto de ações articuladas para o enfrentamento da problemática que envolve a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2007a). O respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças, a decisão política de investimentos na melhoria da atenção, bem como a mobilização e participação social, estão entre os princípios do Pacto (BRASIL, 2007a). Assim, busca-se a qualificação da atenção obstétrica e neonatal para a garantia do exercício de cidadania das mulheres e crianças brasileiras (BRASIL, 2007a).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil apresentou as diretrizes a serem seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança visando à reorganização da rede de assistência à infância (BRASIL, 2004b). A finalidade desse documento, portanto, era apoiar a organização da assistência e possibilitar que gestores e profissionais de saúde identifiquem ações prioritárias para a saúde da criança (BRASIL, 2004b).

Indo ao encontro dos compromissos firmados em favor da saúde e qualidade de vida das crianças, em 2010, no Brasil, foram publicados o Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a) e a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (BRASIL, 2010b; PENELLO; LUGARINHO, 2013).

O Plano Nacional para a Primeira Infância, de 2010, buscou cumprir os compromissos internacionais e nacionais assumidos pelo Brasil, propondo ações articuladas e amplas destinadas a promoção e efetivação dos direitos da criança de até seis anos de idade (BRASIL, 2010a). Diretrizes gerais, objetivos e metas foram traçadas para a garantia dos direitos da criança, afirmados na Constituição Federal de 1988 e no ECA. Para tanto, é necessário direcionar o olhar para as crianças em suas realidades concretas de vida (BRASIL, 2010a).

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, iniciativa do Ministério da Saúde que vem sendo construída desde 2007, visa o fortalecimento de um conjunto de esforços em todo o país para articular, interagir e implantar ações voltadas à saúde da mulher e da criança de até seis anos (BRASIL, 2010b). Dessa forma, apresenta-se como uma proposta para a construção de uma política pública direcionada à atenção integral na Primeira Infância que contribua para a promoção da saúde e a garantia da qualidade de vida das crianças (BRASIL, 2010b; PENELLO; LUGARINHO, 2013).

Apesar das estratégias adotadas no Brasil para assegurar o direito à saúde, muitas crianças ainda são privadas desse direito. E a criança, diante de vulnerabilidades e fragilidades, por vezes, encontra-se em risco de violação de seus direitos (RAMAN et al., 2007). Desta forma, frisa-se que a temática dos direitos fundamentais das crianças requer atenção especial de todos os seguimentos sociais.

Deve-se acrescentar que uma maior divulgação da realidade vivenciada pelas crianças tem ocorrido, mas, se por um lado, isso pode se configurar como um importante indicador do reconhecimento das particularidades e complexidades dessa fase do desenvolvimento humano, por outro, a sociedade ainda se apresenta passiva em relação às violações de direitos (FUZIWARA, 2013). Assim, o enfrentamento da questão da violação de direitos fundamentais da criança requer uma profunda e sistemática articulação das análises da sociedade contemporânea e da execução das políticas públicas, e do confronto com as mudanças efetivas que ocorrem na vida das pessoas (FUZIWARA, 2013).

Considerando o exposto, observa-se que, na atualidade, o entendimento de infância não se assemelha com a concepção do passado, em que a criança não era vista como um ser de direitos (ALVES; SIQUEIRA, 2013). Todavia, esse novo olhar ainda não tem sido suficiente para assegurar às crianças todos os seus direitos reconhecidos e conquistados; persistindo situações de extrema pobreza, vulnerabilidade e violência; e a garantia de direitos ainda é frágil e necessária (ARANTES, 2012; CAVALCANTE; JORGE, 2008; GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Nesse contexto, salienta-se que apenas a criação de instrumentos de lei não garante a transformação das leis em práticas do dia a dia (CHAGAS; PEDROZA; BRANCO, 2012). Assim, é necessário um movimento contínuo e diário de inúmeros sujeitos sociais para a defesa dos direitos, bem como a articulação de um sistema de garantia de direitos que funcione em rede (ANDRADE et al., 2011; BENELLI; COSTA-ROSA, 2013; CHAGAS; PEDROZA; BRANCO, 2012).

Diante dessas acepções, observa-se a necessidade da criação de espaços de divulgação e discussão das legislações vigentes que reconhecem e protegem os direitos da criança, além da problematização das concepções culturais enraizadas, oferecendo subsídios para a aprendizagem e o desenvolvimento de práticas cidadãs (ALVES; SIQUEIRA, 2013; CHAGAS; PEDROZA; BRANCO, 2012), para que a distância entre lei e prática não constitua um abismo.

1.2 A promoção da saúde da criança

Ao longo do tempo, as práticas em saúde da criança no Brasil têm sofrido influência de vários aspectos, como os movimentos históricos e sociais, os avanços nos conhecimentos técnico-científicos, as diretrizes das políticas sociais e de saúde e a participação de vários atores e segmentos (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

A atenção à saúde das crianças no estado de Minas Gerais também passou por constantes mudanças e evoluções. No período de 2000-2009, Minas Gerais conseguiu reduzir, de forma considerável, as taxas de mortalidade infantil (FRANÇA, 2010). Todavia, além de persistirem as mortes por causas evitáveis pela ação dos serviços de saúde, nota-se que há diferenças significativas entre as macrorregiões do Estado, refletindo desigualdades socioeconômicas de renda, de acesso à água tratada e ao saneamento básico, de escolaridade, assim como de acesso a serviços de saúde qualificados (FRANÇA, 2010). Portanto, apesar dos avanços, a diminuição do risco de morte infantil configura-se como um grande desafio para os mineiros (FRANÇA, 2010).

A concepção ampliada de saúde, considerando seus múltiplos determinantes, a necessidade de políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde, e a intersetorialidade são premissas encontradas na base do processo de formação do SUS (BRASIL, 2007c). E, na lei de criação do SUS (Lei 8.080) houve o reconhecimento do dever do Estado de prover as condições essenciais para o pleno exercício do direito à saúde, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, bem como, pelo estabelecimento de condições que garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, o SUS apresenta-se como uma política que afirma o direito à vida e à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida e, para tal, dialoga com as reflexões e movimentos ligados à promoção da saúde (BRASIL, 2007c). A promoção da saúde, estratégia articulada com políticas e tecnologias desenvolvidas pelo SUS, configura-se como uma das funções fundamentais da saúde pública, pois possibilita formular e operacionalizar ações para uma resposta adequada às necessidades sociais em saúde dos sujeitos e coletividade (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Nessa direção, no âmbito do SUS, a promoção da saúde é retomada como uma estratégia que possibilita compreender o papel dos determinantes sociais no processo saúde-

doença, abordando os modos de viver em uma perspectiva de construção coletiva (BRASIL, 2007c; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

A estratégia da promoção da saúde permite a articulação entre diferentes saberes, exigindo, assim, um movimento integrador, para a construção de consensos e sinergias, e políticas públicas cada vez mais favoráveis à saúde, reconhecendo a diversidade de atores e relações de poder, e estimulando o protagonismo dos cidadãos (BRASIL, 2007c; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

A Carta de Ottawa da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, apresenta-se como um dos pilares fundamentais da estratégia da promoção da saúde. Esse documento aponta a defesa da saúde como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde. A defesa consiste em lutar, por meio de um processo organizado, para que fatores sejam eles políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde (BUSS, 2000; OMS, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2008). Para tanto, é necessária formação de parcerias, sendo a boa comunicação estratégica a força motora do processo de defesa da saúde (WHO, 2006, 2008).

Assim, a defesa busca instituir ou alterar uma legislação, política ou programa, ou mudar a posição de indivíduos ou organizações influentes sobre determinado assunto, para ganhar apoio de segmentos importantes, criar mudanças nas atitudes, aumentar o compromisso político e provocar uma mudança social, podendo levar a melhorias no desenvolvimento dos serviços e garantia de direitos (WHO, 1999, 2001, 2003a, 2003b, 2008).

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde é tomada como “um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial [...] compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população” (BRASIL, 2007c, p. 15).

Nesse sentido, considera-se fundamental a concepção e a prática da promoção da saúde, uma estratégia que busca proporcionar aos indivíduos habilidades e condições para uma vida com qualidade. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, por meio dessa estratégia é possível enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença, possibilitando uma resposta adequada às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2007c).

No que se refere à saúde infantil, as ações de promoção da saúde objetivam otimizar o desenvolvimento das crianças, sendo necessárias ações que contribuam para que condições favoráveis à saúde sejam criadas (GOULART; CHIARI, 2011). Para a promoção da saúde infantil, é importante considerar a complexidade das relações sujeito-família, valorizando-se o

diálogo entre população e profissionais, na perspectiva da participação e empoderamento das famílias, incentivando a co-responsabilidade dos cuidadores familiares no processo de prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde das crianças (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

Destaca-se que diversos documentos de instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), orientam que a promoção e educação em saúde têm como pressupostos e diretrizes básicas os direitos humanos fundamentais, a problemática da pobreza e da violência, e a construção de relações saudáveis em torno de famílias e comunidades (GRIPPO; FRACOLLI, 2008). Nessa direção, a promoção da saúde configura-se como uma estratégia que visa assegurar o direito à saúde para a criança.

No que se refere à defesa da saúde e, por conseguinte, a sua promoção (LOPES et al., 2010), pontua-se que atitudes de defesa da saúde da criança devem ser multidimensionais, compreendendo amplamente o processo saúde-doença, os determinantes sociais na saúde e o processo de cuidar, tornando-se imperativo o estabelecimento de parcerias entre os diversos profissionais, setores, instituições e comunidade, valorizando-se serviços governamentais e não governamentais (ANDRADE, 2012).

Nessa perspectiva, destaca-se que a promoção da saúde visa agir nos determinantes do processo saúde-doença, por meio de ações da saúde e intersetoriais. A promoção da saúde tem estreita ligação com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Para a renovação de sistemas de saúde, no contexto da APS, é necessário que as ações tenham uma maior ênfase na prevenção e promoção da saúde, alcançadas por meio da designação de competências definidas a cada nível de governo, integração de serviços de saúde, enfoque nas famílias e comunidades, utilização de dados precisos no planejamento e na tomada de decisões e criação de um modelo institucional para melhorar a qualidade dos serviços (OPAS, 2007).

A Atenção Primária à Saúde da criança, de modo geral, tem enfoque na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização, prevenção de acidentes e violências, e atenção às doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2012b; UNICEF, 2011a; VICTORA et al., 2011). Essas práticas de saúde são referenciadas como os elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância.

As ações desenvolvidas para a saúde da criança devem ser baseadas, entre outros aspectos, na integralidade da atenção, sendo necessário, portanto, uma visão integral da

criança e da família, possibilitando um enfoque centrado no indivíduo em sua totalidade (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011).

Tendo em vista a integralidade da atenção é possível uma abordagem abrangente da criança, por meio de um olhar biopsicossocial direcionado para a criança e para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família (BRASIL, 2012b), a efetivação de seus direitos e a busca por um crescimento e desenvolvimento saudável. Desse modo, a integralidade e a defesa do direito à saúde configuram-se como desafios a serem alcançados buscando a qualidade de vida das crianças e um cuidado no contexto da família.

Entende-se que, no Brasil, o direito à saúde, indo ao encontro do instituído pelo arcabouço legal do SUS, é pensado em uma perspectiva da integralidade (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Todavia, a garantia da integralidade da atenção ainda configura-se como um desafio importante na arena de construção do SUS (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; PRADO; FUJIMORE; CIANCIARULLO, 2007).

A integralidade compreende uma pluralidade de ações relacionadas à formulação, gestão e controle participativo de políticas públicas, acesso aos bens e serviços e interação usuário/profissional, devendo considerar que o indivíduo tem direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade humana, em condições de saúde, doença e morte (PINHO et al., 2007; VIEGAS; PENNA, 2013).

A integralidade implica, portanto, na responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade do cuidado, mediante a articulação e a sintonia entre estratégias de produção de saúde (BRASIL, 2007c). Além disso, o entendimento da integralidade abrange a ampliação da escuta dos profissionais na relação com os sujeitos, buscando-se uma visão ampliada do indivíduo, sua família e comunidade (BRASIL, 2007c).

Assim, o princípio da integralidade, uma das diretrizes do SUS, devido a sua amplitude e abrangência, é fundamental para a operacionalização do sistema de saúde (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; PINHO et al., 2007). A integralidade demonstra que o direito à saúde, no Brasil, deve contemplar um cuidado à saúde com dignidade, reconhecendo a complexidade e as necessidades de cada indivíduo (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Nesse sentido, a garantia do princípio da integralidade emerge como base para superar as contradições e desafios na consolidação do SUS, e a assistência integral à saúde apresenta-se como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, necessitando-se, portanto, de sujeitos ativos (VIEGAS; PENNA, 2013).

Diante dessa conjuntura, o Brasil buscou estratégias para a reorganização dos serviços de saúde e entre elas encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa articular universalidade, equidade e integralidade, com a atenção centrada na dimensão da família, entendendo-a a partir do seu contexto, possibilitando à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções para além das práticas curativas, sendo, então, um espaço preferencial para a promoção da saúde da criança (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). A equipe de Saúde da Família, devido ao vínculo estabelecido com os usuários, tem potencialidades para a efetivação da promoção da saúde no âmbito da APS.

Assim, no atual contexto da atenção à saúde no Brasil, as Unidades de Saúde da Família (USF) e suas equipes, devido à maior proximidade e vínculo com a população, apresentam-se como locais privilegiados para a construção de novas práticas para a promoção da saúde e cidadania (GRIPPO; FRACOLLI, 2008; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). A equipe de Saúde da Família, por meio do desenvolvimento de ações que visam à promoção da saúde, juntamente com a participação ativa de vários setores da sociedade e da comunidade, pode oferecer às crianças e famílias maiores possibilidades de viver com qualidade (SANTOS, J., 2012).

Os profissionais atuantes devem dispor de conhecimentos, habilidades e atitudes, buscando agir em favor da criança e de sua família e as estratégias de defesa da criança e de seus direitos podem propiciar melhores condições de vida e saúde, o que repercute positivamente na qualidade de vida da criança (WATERSTON, 2009). Estudo aponta que o estabelecimento de parcerias entre os profissionais da saúde e os membros da comunidade assistida, onde as potencialidades e os recursos comunitários sejam identificados e fomentados, também pode resultar em melhorias para a saúde da criança (HUFFORD et al., 2009).

As ações intersetoriais dos diversos profissionais que fazem parte do contexto social no qual a criança está inserida, como os profissionais da educação e da saúde em conjunto com a família, ao buscar a associação de conhecimentos e experiências, podem gerar contribuições efetivas para o desenvolvimento saudável e seguro da criança (GOULART; CHIARI, 2011).

Já o vínculo estabelecido entre profissionais da saúde e famílias é essencial para práticas integrais em saúde da criança e, desse modo, é preciso reorganizar as práticas para o cuidado integral às crianças, o fortalecimento de vínculos e o aumento da participação nas práticas de promoção da saúde da criança (FIGUEIREDO et al., 2011).

Sabe-se que muitos cuidadores compreendem a importância de proteger e cuidar das crianças e de seus direitos, como sujeitos de direitos (ALVES; SIQUEIRA, 2013; BENELLI; COSTA-ROSA, 2013; GRIPPO; FRACOLLI, 2008; LEITE, 2012; MEZMUR, 2009) que necessitam de condições adequadas e dignas para o crescimento e desenvolvimento saudável.

Assim, as famílias são consideradas espaços privilegiados (UNICEF, sd) para garantir que cada criança tenha os seus direitos assegurados. Todavia, para que a família consiga cumprir adequadamente este papel fundamental é preciso que ela seja apoiada e fortalecida, o que exige um aprimoramento de atitudes, comportamentos e habilidades (UNICEF, sd).

As competências familiares são os conhecimentos e habilidades somados à afetividade e a atitudes e práticas das famílias para facilitar e promover a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças até os seis anos de idade (UNICEF, sd). Assim, as estratégias para o fortalecimento dessas competências familiares, objetivando parcerias entre governos, sociedade civil, empresas e as próprias famílias, configuram-se como relevantes para a defesa da saúde da criança (UNICEF, sd).

Compreende-se, portanto, a necessidade de que as equipes de saúde busquem construir junto às famílias, conhecimentos que propiciem subsídios para o cuidado às crianças e o exercício da cidadania (GRIPPO; FRACOLLI, 2008). Famílias capacitadas e conscientes terão autonomia para realizar modificações no ambiente e em suas relações, adotando comportamentos favoráveis e buscando a efetivação do direito à saúde da criança (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

A interação entre famílias e profissionais da saúde, por meio do compartilhamento de experiências e conhecimentos e do incentivo a hábitos de vida saudável, pode trazer benefícios para a saúde (GRANT et al., 2007). No contexto da saúde da criança, essa interação auxiliará no envolvimento das famílias, essencial para a promoção da saúde infantil.

Uma situação delicada, complexa e singular ocorre quando a mãe da criança é uma adolescente. A adolescência, fase de vulnerabilidades e oportunidades, possui particularidades próprias, sendo marcada pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento (MOREIRA et al., 2008; UNICEF, 2011b). Quando se juntam estes dois momentos, a adolescência e a maternidade, emerge uma série de transformações que resulta em diversos acontecimentos e emoções (MOREIRA et al., 2008; RODRIGUES et al., 2010).

Diante dessa situação, os profissionais de saúde devem buscar capacitação contínua e repensar sua prática, visando uma assistência integral de acordo com as necessidades apresentadas pelas adolescentes (NADER; COSME, 2010). Assim, a maternidade na adolescência revela a importância de profissionais capacitados para as demandas da

adolescente mãe e da criança, visando à promoção da saúde e garantia de direitos da mãe e do bebê (RODRIGUES et al., 2010).

1.3 O cuidado à criança desempenhado por mães adolescentes

A criança, devido a sua fragilidade e dependência, precisa de cuidados adequados desempenhados por pessoas comprometidas com a sua saúde e bem-estar.

As necessidades essenciais da criança podem ser atendidas por meio de um cuidado comprometido, seguro e afetuoso, visando à sobrevivência e ao desenvolvimento infantil integral (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). Ressalta-se que essas necessidades precisam ser interpretadas baseando-se nas particularidades do processo de desenvolvimento na infância, bem como nas condições concretas de vida das crianças e famílias (VERÍSSIMO et al., 2009).

As necessidades essenciais das crianças são: necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos; necessidade de proteção física, segurança e regulamentação; necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais; necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento; necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas; necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). Observa-se que as necessidades citadas são multidimensionais, abordando aspectos relacionados ao desenvolvimento físico, emocional, social e cultural da criança. Assim, os cuidadores devem estar atentos a essas necessidades da criança que precisam ser atendidas.

Além disso, deve-se frisar que as condições de vida a que a criança é submetida, oferecidas por seu grupo familiar e sua inserção social, também moldam o cuidado infantil (VERÍSSIMO et al., 2009).

A família, então, é vista como o principal contexto de desenvolvimento da criança, tendo obrigações e responsabilidades quanto ao cuidado, sustento, educação, proteção contra violência, abandono e discriminação, determinantes ao longo da trajetória de socialização da criança, pois as experiências que se processam na infância são marcantes no ciclo vital humano (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

No contexto da maternidade na adolescência, a presença e a participação da família também se apresenta como fundamental, sendo o alicerce para que a adolescente possa tecer,

cada vez mais, sentimentos de aceitação e segurança acerca de seu novo papel, o de ser mãe (NÓBREGA; BEZERRA, 2010; OGIDO; SCHOR, 2012).

A adolescência, delimitada pelo ECA (BRASIL, 2008) como sendo o período compreendido entre 12 e 18 anos de idade, caracteriza-se como momentos de grandes mudanças, principalmente para as adolescentes que se tornam mães (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012; FERNANDES; SANTOS JÚNIOR; GUALDA, 2012; MOREIRA et al., 2008), visto que terão que assumir um novo papel social, o de cuidar de uma criança. Então, a gravidez na adolescência é uma experiência que pode ocasionar consequências tanto negativas quanto positivas para as adolescentes, assumindo diferentes contornos, de acordo com o contexto social em que a adolescente vive, o significado da gestação e o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento da jovem (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública (CAMINHA et al., 2012; MOREIRA et al., 2008; NADER; COSME, 2010; NERY et al., 2011), que pode resultar em evasão escolar, diminuição de oportunidades, aumento da pobreza, além de abandono pela família, amigos e companheiro (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012). Todavia, há adolescentes que apreendem a gravidez como uma escolha, uma forma de obter status e reconhecimento perante a comunidade, bem como a reafirmação da feminilidade e uma fuga para a ausência de perspectiva com a vida (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Por conseguinte, a experiência da gravidez na adolescência é, de fato, difícil e conflituosa, mas o paradigma que torna a adolescente incapaz de ser mãe devido à sua pouca idade deve ser repensado, visto que é inconsistente e preconceituoso, cabendo refletir mais amplamente sobre as capacidades maternas nas relações com os filhos (MESQUITA et al., 2011). É importante destacar que o contexto social e cultural no qual a maternidade se desenvolve exerce influência direta e determina a evolução do processo de ser mãe na adolescência (RODRIGUES et al., 2010).

De acordo com Buendgens e Zampieri (2012) a insegurança e o medo, muitas vezes apresentados pelas adolescentes grávidas, relacionam-se com o parto, o cuidado com a criança, a amamentação e o novo papel que irão assumir, o de ser mãe. A figura materna, portanto, surge como representativa para a mãe adolescente, tanto durante quanto após a gestação, pois, na maioria das vezes, as mães aceitam mais facilmente e contribuem com apoio material e emocional, além de compartilharem saberes e ajudarem nos cuidados com a criança, o que propicia uma gestação mais segura e a possibilidade da jovem retomar seus projetos de vida e alcançar sucesso profissional (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012;

FERNANDES; SANTOS JÚNIOR; GUALDA, 2012; MESQUITA et al., 2011; NERY et al., 2011).

No que concerne ao cuidado da criança desempenhado por mães adolescentes, Tomeleri e Marcon (2009) discutem que o medo e a insegurança dificultam que as adolescentes assumam de imediato os cuidados com a criança, mas acrescentam que as mães das adolescentes são um suporte, desenvolvendo os cuidados e inserindo as filhas gradativamente na prática até que essas adolescentes assumam integralmente o cuidado do filho.

As narrativas de adolescentes presentes em um estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2010) tematizam a maternidade como uma situação que impulsiona reflexões para condutas mais responsáveis de dedicação e cuidado com a criança. Logo, a rotina de vida da adolescente é alterada em decorrência dos múltiplos afazeres com o bebê (TOMELERI; MARCON, 2009).

Adolescentes, participantes de um estudo realizado por Mesquita et al. (2011), relataram a importância da acolhida e do apoio dos familiares nos cuidados com o filho, mas reconheceram o enfrentamento de muitos momentos de dificuldades para lidar com problemas comuns da criança, como o choro noturno e cólicas, além de dificuldades na amamentação devido a ocorrência de fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, infecções, e a ausência de suporte emocional/social. O medo de a criança engasgar e os diversos conselhos contraditórios recebidos também foram citados, por mães adolescentes, como dificultadores para o cuidado com o bebê (DI STEFANO et al., 2011).

Logo, o cuidar do filho é considerado, por muitas adolescentes, como um aprendizado diário, em que o cuidado cotidiano da criança, com atividades de amamentar, higienizar, brincar, pode resultar no amadurecimento das adolescentes, visto que elas passam a ver a vida de uma forma mais compromissada e assumindo o papel de mãe (MESQUITA et al., 2011).

Cabe destacar que a conjuntura vivenciada pela mãe adolescente, o significado que ela atribui a gravidez, assim como as redes de apoio, exercem influência direta no modo como essa mãe adolescente vai desempenhar o cuidado, o que pode ter repercussões negativas ou positivas na saúde e qualidade de vida da criança (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012; RODRIGUES et al., 2010). Uma rede de apoio constituída por familiares, companheiro, amigos e profissionais da saúde resultam em uma evolução melhor da gestação e associações saudáveis com maternidade na adolescência (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012; RODRIGUES et al., 2010), pois a adolescente se sente amparada e com mais segurança para assumir o cuidado com a criança (FERNANDES; SANTOS JÚNIOR; GUALDA, 2012).

Portanto, a colaboração e apoio disponibilizados à adolescente, sobretudo a relação mãe e filha, contribui de forma significativa para o afloramento da nova mãe e para a promoção do desenvolvimento da criança (FERNANDES; SANTOS JÚNIOR; GUALDA, 2012).

Se a adolescente puder contar com o respeito e apoio de todos os envolvidos nesse processo, principalmente dos seus pais, identificará que a gravidez pode dificultar sua vida e lhe trazer inúmeras responsabilidades, mas que o papel de ser mãe ocorrerá de uma maneira mais suave, tendo em vista o acolhimento e a aceitação (NERY et al., 2011).

Assim, o ato de cuidar da criança requer conhecimentos, experiências, dedicação, paciência e disposição (TOMELERI; MARCON, 2009). Desse modo, torna-se de extrema importância a atuação dos profissionais da saúde, para agir em prol de um cuidado protetor e integral da saúde da criança e da adolescente.

Refletindo sobre a saúde da criança, é relevante que os profissionais de saúde construam uma assistência qualificada, particularmente para esse grupo etário que tem necessidades distintas das mães adultas. Profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, além de compreender as mudanças físicas, emocionais e sociais vivenciadas pelas adolescentes grávidas, precisam estar atentos aos recursos que as mesmas dispõem, assim como nas formas de enfrentamento frente às situações vividas (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

O estabelecimento de espaços de diálogo para compartilhamento de dificuldades, medos, conhecimento de direitos e fortalecimento das potencialidades da adolescente para fazer escolhas e repensar antigos projetos e sonhos contribuem para a formação de vínculo e para a continuidade do cuidado da adolescente e da criança (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

O empoderamento da mãe adolescente para a defesa do direito à saúde de seu filho pode resultar em benefícios para a saúde e qualidade de vida da criança. A percepção, por parte das mães adolescentes, de que são, juntamente com seus filhos, sujeitos detentores de direitos, poderá auxiliar no desenvolvimento das potencialidades e protagonismo dessas adolescentes, assim como na construção da cidadania (ALVES; SIQUEIRA, 2013; ARANTES, 2009).

Nesta proposta de investigação, o entendimento é que há uma interface entre garantia dos direitos e promoção da saúde da criança, e que não basta a sobrevivência das crianças, mas é preciso oferecer condições para a criança viver com qualidade, permitindo o desenvolvimento de seu potencial e o usufruto de bens que a sociedade produz. Cabe destacar a necessidade dos princípios da defesa dos direitos da criança nortear as práticas, contribuindo

efetivamente para a promoção da saúde e garantia dos direitos na infância, assim como a importância de dar voz às famílias e cuidadores, para conhecer melhor suas opiniões, receios, dificuldades e facilidades no cuidado da criança. No cuidado à saúde é relevante tematizar o encontro e a interação entre os sujeitos, as particularidades e singularidades das famílias, buscando contribuir para a reconstrução das práticas de saúde.

Ao refletir sobre tais aspectos, surgiram indagações que mobilizam o desenvolvimento do presente estudo: quais as experiências de mães adolescentes para um cuidado cotidiano protetor da saúde infantil? E quais aspectos auxiliam ou dificultam a defesa da saúde da criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

O presente estudo tem por objetivo geral analisar as experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos na perspectiva da promoção da saúde integral da criança e a defesa do direito à saúde.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar nas experiências maternas as dificuldades e facilidades para a defesa do direito à saúde de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, cadastradas em Unidades de Saúde da Família de Passos-MG;
- Analisar relatos maternos sobre o direito à saúde da criança com idade entre seis meses e menor de dois anos na perspectiva da promoção da saúde integral.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é exploratório, com análise qualitativa dos dados.

A pesquisa exploratória tem o propósito de observar e explorar aspectos de uma situação com o objetivo de descrever amplamente determinado fenômeno com o acúmulo de informações detalhadas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Esse tipo de pesquisa, recomendada quando há pouco conhecimento sobre o problema a ser estudado, busca familiarizar-se com o fenômeno, possibilitando considerar as mais diversas facetas de uma situação (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

A abordagem qualitativa busca analisar relações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem da realidade em que vivem, permitindo apreender processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a um determinado grupo (MINAYO, 2010).

Nesse sentido, a abordagem qualitativa é caracterizada pela busca de dados empíricos e pela sistematização progressiva de conhecimento, até que ocorra a compreensão da lógica interna do grupo estudado (MINAYO, 2010). Por meio da abordagem qualitativa se procurou analisar uma realidade sobre a qual os fenômenos ocorrem e os significados expressos pelos sujeitos, buscando uma visão mais ampla do objeto de estudo.

Este estudo buscou, assim, apreender as experiências maternas em uma realidade contextualizada, explorando aspectos pouco conhecidos quanto ao direito à saúde da criança nas singularidades expressas pelas mães adolescentes.

3.2 Caracterização do campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Passos-MG, situado no sudoeste de Minas Gerais, com uma população estimada em 106.290 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010).

Na assistência à saúde, seguindo o Plano de Desenvolvimento Regional elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, o município de Passos pertence à região macro sul de saúde e é pólo de micro-região. O município é sede da Superintendência Regional de Saúde (SRS) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, sendo responsável por 24 municípios e atendendo uma população de 393.166 habitantes. Quanto ao tipo gestão da saúde, Passos no ano de 2007 firmou no Pacto pela Saúde que o mesmo é Pleno da Atenção Básica.

No âmbito hospitalar, existe o hospital psiquiátrico Otto Krakauer, um hospital geral filantrópico, a Santa Casa de Misericórdia de Passos, um hospital Regional do Câncer, ambos conveniados com o SUS, e um hospital geral particular, que prestam atendimento em diferentes níveis de densidade tecnológica.

No que refere especificamente à clientela materno-infantil, o município possui o Programa Materno-Infantil (PROMAI), criado em 1998 pela Santa Casa de Misericórdia, com o intuito de alcançar, por meio do desenvolvimento de ações multidisciplinares integradas e articuladas com a rede de atendimento do SUS, um alto nível de qualidade em saúde do grupo materno-infantil (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS, 2011). Entre os objetivos específicos do PROMAI está o atendimento integral às gestantes adolescentes, desde o pré-natal até a alta segura da mãe e da criança (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS, 2011).

O município de Passos também possui uma policlínica que atende várias especialidades e exames de apoio diagnóstico, um ambulatório de referência em DST/AIDS e Hanseníase, um ambulatório de referência em Estomaterapia, um centro de referência em Saúde do Trabalhador, um centro de Hemoterapia, um centro de Especialidades Odontológicas, uma sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e um Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e Drogas (CAPSad).

Na Atenção Primária à Saúde, o município tem uma estrutura que conta atualmente com 17 equipes de Saúde da Família, e cada equipe possui um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) e está sob a coordenação geral da Secretaria Municipal de Saúde. Essas equipes cobrem aproximadamente 60% da população e estão distribuídas em pontos estratégicos dos bairros, visando maior área de abrangência e atendimento da população.

As ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família voltadas para a atenção à saúde da criança vão ao encontro do proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2004) e visam à captação após o nascimento e alta hospitalar, o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e a prevenção e assistência as doenças prevalentes na infância. Dentre essas ações encontram-se as visitas domiciliares, as consultas médicas e de enfermagem, as orientações aos pais e a família dando ênfase no aleitamento materno, alimentação, estimulação do desenvolvimento da criança, higiene, imunização, prevenção de doenças e acidentes. As equipes também realizam atividades de educação em saúde nas escolas.

Na atenção básica ainda existem nove ambulatórios, um ambulatório de saúde mental, duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A cidade também conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, que é uma estrutura intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgências hospitalares.

Esse campo com unidades de saúde da família que cobrem grande parte do município fornece elementos importantes para o objeto de estudo em questão.

3.3 Participantes do estudo

Por meio de um levantamento junto aos enfermeiros responsáveis pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Passos obteve-se a quantidade de mães adolescentes adscritas por cada equipe nos anos de 2012 e 2013. As USF do município foram, então, dispostas em uma sequência, em ordem decrescente, de acordo com a quantidade de mães adolescentes registrada no período de 2012 a 2013.

A primeira USF da sequência, a USF 1, foi a que mais registrou casos de mães adolescentes no período de 2012 a 2013, a segunda USF da sequência, a USF 2, foi a segunda que mais registrou casos de mães adolescentes no período de 2012 a 2013, e assim sucessivamente, até chegar na última USF da sequência, a USF 17, que foi a que menos registrou casos de mães adolescentes no período levantado.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser mãe adolescente, ter o filho com idade entre seis meses e menor de dois anos, cadastrados e acompanhados pela equipe de Saúde da Família (SF). Os critérios de exclusão foram: mães que se encontravam em tratamento devido a problemas de saúde mental, interrupção do seguimento nas USF.

Estabeleceu-se que a criança tivesse no mínimo seis meses de idade para buscar analisar as experiências das mães adolescentes com um tempo de convívio e cuidado com o filho.

Assim, participaram do estudo 20 mães adolescentes, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e pela saturação teórica. O critério de saturação configurou-se como uma ferramenta conceitual que possui inequívoca aplicabilidade prática, possibilitando, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, subsídios para o fechamento da composição dos participantes no estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a constatação da saturação teórica foram seguidos os passos propostos por Fontanella et al. (2011), sendo: disponibilização dos registros de dados brutos, imersão em cada registro, compilação das análises individuais (para cada entrevista), reunião dos temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria, codificação, alocação dos temas e tipos de enunciados, constatação da saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria, visualização da saturação.

Na apresentação dos resultados, as mães adolescentes participantes do estudo foram denominadas como E1, E2...E20, sendo inseridas também as informações sobre idade materna e idade da criança no momento da entrevista.

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2014. Primeiramente, a pesquisadora compareceu à USF 1, que possuía o maior número de mães adolescentes no período de 2012 a 2013. Com o auxílio dos integrantes da equipe de SF elaborou uma lista com os nomes e endereços das mães adolescentes adscritas que atendiam aos critérios de inclusão do estudo.

Essas mães adolescentes foram abordadas pela pesquisadora por meio de visita domiciliar, realizada em companhia de um ACS integrante da equipe de SF. Durante a visita eram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e, caso o responsável legal permitisse a participação da mãe adolescente e ela assentisse em participar, a entrevista era realizada.

Os mesmos procedimentos foram adotados nas outras USF em que a pesquisadora compareceu (USF 2, USF 3, USF 4, USF 5, USF 6, USF 7) até que ocorresse a saturação teórica.

Deve-se pontuar que, à medida que as entrevistas eram realizadas, foram submetidas à análise concomitante, seguindo os passos propostos por Fontanella et al. (2011) para a constatação da saturação teórica. Assim, no presente estudo, a saturação teórica ocorreu com a 20ª entrevista, realizada com uma mãe adolescente pertencente à área de abrangência da USF 7.

Os dados foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada gravada, com questões norteadoras para interação com as participantes do estudo. Foi utilizado um roteiro para nortear as entrevistas com as mães adolescentes de crianças cadastradas nas USF do município de Passos-MG (APÊNDICE 1).

A entrevista semiestruturada, modalidade de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas obedecendo a um roteiro elaborado e utilizado pelo pesquisador, é um instrumento de coleta de dados que permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto em estudo, como uma conversa que permite diálogo entre entrevistado e entrevistador (MINAYO, 2010). Nessa direção, por ter um apoio nas questões, facilita a abordagem ao sujeito e assegura que os pressupostos sejam cobertos durante a conversa (MINAYO, 2010).

3.5 Análise dos dados

Após a realização das entrevistas as mesmas foram transcritas e os dados organizados em arquivos individuais.

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na análise de conteúdo do tipo temática indutiva (BRAUN; CLARKE, 2006). Esse método busca identificar, analisar e relatar padrões a partir dos dados coletados, culminando em temas que traduzem partes significativas do conjunto de dados.

No modelo indutivo, os temas identificados são extraídos dos próprios dados, em que a análise indutiva configura um processo de codificação dos dados, que não são fixados *a priori*, ou seja, é direcionada e embasada nos próprios dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nesse estudo, o material empírico foi tratado de modo qualitativo apreendendo aspectos relevantes e eixos organizadores dos relatos acerca dos fatos, valores e sentimentos relacionados às experiências práticas das mães adolescentes no cuidado e defesa da saúde da criança no contexto da atenção primária em saúde.

3.6 Aspectos éticos do estudo

A pesquisadora enviou uma solicitação à coordenação da ESF do município de Passos-MG para a realização da pesquisa junto às mães adolescentes (APENDICE 2), obtendo anuência (ANEXO 1).

As entrevistas somente foram realizadas após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), Parecer nº 507.936, CAAE: 21800413.9.0000.5112 (ANEXO 2).

Foi realizado convite para a participação das mães adolescentes, com explicitação dos objetivos da pesquisa para essas e seus representantes legais. Utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) e um Termo de Assentimento (APÊNDICE 4), seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, apresenta-se uma caracterização geral das mães adolescentes participantes do estudo.

A idade das participantes variou de 15 a 18 anos, sendo que 2 mães adolescentes tinham 15 anos, 7 tinham 16 anos, 7 tinham 17 anos e 4 tinham 18 anos.

As 20 mães adolescentes entrevistadas declararam saber ler e escrever. No que se refere à escolaridade, 6 mães adolescentes não concluíram o ensino fundamental, destas, 5 abandonaram os estudos e 1 cursa o último ano do fundamental; 2 concluíram o ensino fundamental, mas não ingressaram no ensino médio; 3 abandonaram os estudos quando cursavam o ensino médio, mas 01 iniciou um curso profissionalizante; 6 estão cursando o ensino médio; 3 concluíram o ensino médio, e destas, 1 ingressou em um curso técnico e 1 no ensino superior.

Quanto ao estado civil, 10 mães adolescentes referiram ser solteiras, 9 amasiadas e 1 casada. Sobre a profissão/ocupação, 10 mães adolescentes são do lar e 10 são estudantes.

A renda variou entre até 1 salário mínimo e 4 salários ou mais, sendo que a renda familiar de 10 mães adolescentes corresponde até 1 salário mínimo, a renda familiar de 3 corresponde a 1 salário mínimo e meio, 6 têm renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, e 1 relatou que a renda familiar é de 4 ou mais salários mínimos.

No que concerne ao número de filhos, 17 mães adolescentes têm apenas 1 filho e 3 têm 2 filhos. Ressalta-se que 1 mãe adolescente entrevistada que possui 2 filhos encontra-se grávida novamente.

A idade dos filhos das adolescentes variou entre 6 meses e 1 ano e 11 meses, sendo que 12 crianças tinham de 6 a 11 meses, 6 crianças tinham de 1 ano a 1 ano e 5 meses, e 2 crianças tinham de 1 ano e 6 meses a 1 ano e 11 meses. Assim, percebe-se que 12 crianças eram menores de 1 ano e 8 crianças tinham idade entre 1 ano e 1 ano e 11 meses.

Conforme anteriormente mencionado, 3 mães adolescentes possuíam mais de 01 filho, sendo que a idade do primeiro filho destas variou entre 2 anos e 9 meses a 2 anos e 11 meses (2 possuíam 2 anos e 9 meses, e 1 possuía 2 anos e 11 meses).

Referente a presença do pai, 10 mães adolescentes referiram que o pai da criança reside junto, e 10 mães adolescentes disseram que o pai da criança não reside junto com ela e com a criança.

Com relação a participação em movimento social, 2 mães adolescentes referiram participar da Pastoral da Criança, e 18 mães disseram não participar de movimento social.

No tocante ao cuidado da criança, 17 adolescentes contam com ajuda de outras pessoas, e 3 relataram cuidar da criança sozinhas. Entre as pessoas que auxiliam no cuidado com a criança destaca-se a mãe da adolescente, citada por 14 adolescentes. A sogra, o pai/padrasto, a avó, as irmãs, primas e tias da adolescente, assim como o pai da criança, também foram citados como pessoas que auxiliam no cuidado cotidiano com a criança.

Quando questionadas sobre o tipo de auxílio oferecido pelas pessoas citadas no cuidado com a criança, 13 mães adolescentes referiram que já necessitaram ou ainda necessitam de ajuda nos cuidados para a promoção e manutenção da integridade física e fisiológica da criança (dar alimentação e banho, colocar a criança para dormir, trocar fraldas); 10 relataram precisar de outra pessoa para o cuidado com a criança enquanto estudam; 6 necessitam de outra pessoa para cuidar da criança quando precisam sair de casa para resolver algum problema; 5 necessitam de ajuda nos cuidados para a prevenção de acidentes; 4 demandam auxílio financeiro para satisfazer algumas necessidades básicas da criança, como alimentação e roupas; 1 requer uma pessoa para levar a criança à creche. Duas mães adolescentes ainda relataram que contam com o auxílio de uma pessoa para cuidar da criança enquanto saem à noite com os amigos (baladas), e quando precisam viajar.

Os resultados do estudo são apresentados a seguir de acordo com os seguintes temas e subtemas dispostos no Quadro 1.

Exemplos de Recortes das falas	Subtemas	Temas
<i>Ah, o primeiro banho foi minha mãe quem deu, eu fiquei com medo de derrubar ele, muito pequenininho. [...] Eu ia observando ela dar o banho, e, depois eu já comecei a dar sozinha. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)</i>	A construção do papel materno	A maternidade na adolescência
<i>Para mim, agora, a importância de continuar estudando é dar um futuro melhor para ele, porque não tem como eu crescer sem os estudos, eu quero crescer na vida, dar um futuro para o meu filho. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)</i>	Perspectivas para o futuro	
<i>Ah, cuidando bem da saúde dele, alimentando ele bem, deixando ele sempre limpinho. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)</i> <i>Eu ponho musiquinha para incentivá-la. Ela já está quase querendo conversar também de tanto que eu ponho musiquinha, desde que ela era pequena eu colocava musiquinha para ela ouvir. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)</i>	Cuidar da criança e estar atenta às suas necessidades	O cuidado cotidiano da criança
<i>Uai, bom não é não. [...] cuidar dele é bem difícil. Ele é uma criança e é uma adolescente cuidando de uma criança. (E8 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 6 meses)</i>	Cuidar da criança e enfrentar dificuldades	
<i>Penso que ela possui esse direito mesmo, que ela tem esse direito de ter saúde. É um direito dela! [...] Ah, sei lá, acho que levar no médico, cuidar do local que ela vive. (E4 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 3 meses)</i>	Viver com saúde: responsabilidade, proteção e direito	A saúde da criança e a defesa de seus direitos
<i>No dia da pesagem a gente chega lá, pesa, mede, mede a cabeça, mede o tamanho da criança, o peso que ela está, eles veem tudo. [...] Os profissionais orientam, lá veem até se está com o peitinho cheio. Nesses dias atrás, a moça [enfermeira] falou para eu levar ela ao médico porque ela estava com o peitinho cheio. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)</i>	As práticas de saúde para a defesa da criança	
<i>Ah, está complicado o atendimento! Está difícil para conseguir médico. Demora a atender, ainda mais para atender criança, por que eu acho que o atendimento de criança deveria ser mais rápido. Se tiver um médico para adulto, deveria ter uns dois, três para a criança. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)</i>	Lacunas para a garantia do direito à saúde da criança	

Quadro 1 - Temas e subtemas utilizados para a organização e interpretação das falas das mães adolescentes. Passos-MG, 2014.

A maternidade na adolescência

Nesse tema são apresentados os aspectos referentes à construção do papel materno e as perspectivas para o futuro das mães adolescentes. Desde a descoberta da gravidez até o cotidiano de cuidado com a criança, a adolescente depara-se com diversos sentimentos e emoções, podendo apresentar medos, incertezas, preocupações e sofrimentos, mas também, aceitação, felicidade e orgulho com o filho.

Os resultados são apresentados nos seguintes subtemas: **A construção do papel materno; Perspectivas para o futuro.**

A construção do papel materno

Nas narrativas das mães adolescentes entrevistadas, alguns conflitos familiares são relatados, que resultam na saída precoce do lar para a constituição, junto com o companheiro, de uma nova família. Nesse caso, a maternidade tem uma conotação positiva, sendo acolhida e valorizada pela adolescente:

Eu já morava com o meu marido quando eu engravidei da minha filha. Eu saí de casa cedo. Eu e a minha mãe, a gente não combinava muito, brigava demais porque ela bebe. Eu preferi sair de casa cedo e já vir morar com ele. Demorou um tempo para eu engravidar, demorou dois anos. [...] Eu tenho uma irmã que tem distúrbio, ela não tem a cabeça boa, ela já tem onze anos, mas tem a cabeça igual a da minha filha, igual a de um bebê. Não entende as coisas. [...] Até os oito anos de idade era eu quem cuidava dela. Eu com a idade que eu tinha, sou um pouco mais velha que ela, eu que cuidava, trocava ela, dava banho, cuidava das roupas dela, das coisas dela. Escola era eu quem cuidava, ela estudava na APAE [Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais], era tudo eu. A única atividade que a minha mãe tinha era colocar ela para dormir, fazer ela dormir, por que, às vezes, ela era difícil para dormir. Agora, o resto, era tudo eu. A minha mãe não tinha dificuldade nenhuma com ela. Eu quem cuidava da casa. [...] eu achava, na minha cabeça de menina, por que toda menina nova quer sair, passear, eu achava assim “Estou na casa da minha mãe e ela só me trata como escrava, me maltrata.” Ela me maltratava muito. Eu sabia que era errado eu sair de casa com a idade que eu tinha, por que eu era muito nova, e morar junto assim com uma pessoa, por que nessa época eu ainda namorava com o meu marido, mas eu saí. Eu pedi conselho para minha avó, para o meu avô, que são mais velhos que eu, pedi conselho para muita gente que conhecia a minha rotina de dentro de casa, que sabia como minha mãe me tratava. Eu era como uma dona de casa com a idade que eu tinha. Então, eu preferi sair de casa e passar a cuidar da minha casa, do meu marido e da minha filha. Foi isso que eu fiz da minha vida. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Apreende-se que a relação conflituosa com a mãe, acentuada pela sobrecarga de atividades domésticas e por maus-tratos, foi determinante para que a adolescente decidisse ter sua própria casa e constituir sua própria família. Ainda, é possível notar que a adolescente se preocupou em ouvir opiniões de pessoas mais velhas, nas quais ela confiava, antes de tomar a decisão de sair de casa e morar com o seu companheiro.

Em geral, a gravidez na adolescência é um tema que vem sendo abordado, tanto em documentos oficiais quanto naqueles veiculados pela mídia, em um tom relativamente alarmista, em que há destaque para seus aspectos negativos (NUNES, 2012). Todavia, é preciso ressaltar que esses discursos, por meio da utilização de uma perspectiva universalista, tornam homogêneas as diferenças referentes às faixas etárias e às inserções sociais (NUNES, 2012). Além disso, tratam a gravidez na adolescência como um fenômeno anistórico, desvinculado das condições sociais, históricas e culturais (NUNES, 2012). Assim, estudo realizado com adolescentes que pertencem a camadas populares permite questionamentos desse discurso homogêneo e estigmatizante, visto que os resultados apontam que a maternidade configurou-se como um acontecimento essencial para a constituição da subjetividade, possibilitando a articulação de um projeto para o futuro (NUNES, 2012).

Por conseguinte, para algumas adolescentes, a maternidade é compreendida como uma oportunidade de preencher o ideal socialmente reconhecido de se tornar mulher, possibilitando um senso de realização para adolescentes que vivem em um contexto em que prevalece a falta de oportunidades antes mesmo da ocorrência da gestação (SANTOS, K., 2012).

Quando a gravidez na adolescência é planejada envolve peculiaridades, em uma fase de relevantes mudanças biopsicossociais. Todavia, a escolha pela maternidade na adolescência não é uma realidade vivenciada por todas. Nessa perspectiva, a adolescente, ao deparar-se, repentinamente, com uma gravidez não planejada vivencia diversos tipos de medos:

Quando eu fiquei grávida dele, eu tinha muito medo. Medo da reação dos meus pais, tinha medo de não conseguir sustentar ele, tinha medo de parar os estudos, tive muito medo. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

Quando eu fiquei grávida eu tive muito medo. Por ser muito nova, morrer, sei lá. (E7 Mãe 16 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 1 ano e 3 meses)

O primeiro medo era o de ganhar. Eu fiquei com medo de ganhar, do parto, esse foi o primeiro medo que eu tive. Mas, fora isso não. Minha gravidez foi muito tranquila, sabe? Fora isso, não tive outro medo não. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

O medo que eu tive foi da toxoplasmose, eu tive que tomar remédio. [...] descobri nos exames de segunda fase, já estava no final da gestação. Eu tomei os remédios que o médico passou certinho e deu certo, graças a Deus deu certo! Estamos aí, eu e ela, nenhuma com problema. O único medo foi esse, de dar alguma coisa nela por causa da toxoplasmose. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Nos relatos, os medos relacionados à morte, à transmissão congênita e ao momento do parto foram mencionados pelas mães adolescentes. Uma gravidez não planejada traz o contato com novas experiências e transformações no corpo, na mente e nas relações.

Diversos sentimentos e significados são atribuídos à maternidade na adolescência, variando de acordo com a conjuntura familiar e social vivenciada pela adolescente, pois a condição de gerar um filho acarreta uma intensa reestruturação pessoal e social (RESTA et al., 2010). Diante disso, a adolescente, ao descobrir a gravidez, pode apresentar variadas reações, vinculadas a sentimentos de felicidade, culpa, preocupação e medo (SOARES; LOPES, 2011).

Situação envolvendo a ocorrência de uma doença transmissível durante a gestação, com o risco de contaminação da criança, também foi apontada como fator causador de medo na adolescente. Nesse caso, percebe-se que o acompanhamento no pré-natal e a realização, pela adolescente, da conduta prescrita pelo médico foram determinantes para que não houvesse a transmissão congênita e acalmasse a angústia e o medo. O medo do parto pode estar relacionado ao desconhecimento do processo de parto e nascimento, bem como aos significados (dor insuportável, momento de relevante sofrimento) atribuídos a ele.

As representações das adolescentes sobre o processo de parto são amplamente influenciadas pela interação com familiares, amigas e vizinhas (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011). Nesse cenário, é preciso que o enfermeiro e demais profissionais realizem uma atenção buscando abrir espaço dialógico em todo o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para a redução do impacto das representações negativas associadas ao momento do parto (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

Para a promoção da saúde materno-infantil, os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham na APS, devem ser capacitados para observar e acolher as manifestações de insegurança e ansiedade que podem surgir durante a gestação, período que se caracteriza por

relevante vulnerabilidade emocional, atentando-se para as necessidades físicas e psicológicas apresentadas pelas gestantes (BRASIL, 2010a).

Após o nascimento, devido ao despreparo e a insegurança para cuidar da criança, as mães adolescentes referem outros medos:

Eu fiquei com medo no começo porque ela era molinha e eu não sabia de nada. (E3 Mãe 18 anos; Criança 07 meses)

Eu não sabia nem trocar fralda, eu não sabia fazer nada! [...] Eu fiz o cursinho de gestante, mas, assim, lá a gente aprende com uma boneca de plástico, e com o neném é diferente. (E8 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 6 meses)

As mães adolescentes referem despreparo para o cuidado cotidiano da criança, particularmente no início, após a alta hospitalar. Esse despreparo leva ao medo e insegurança.

O nascimento de um bebê pode gerar inúmeras transformações na vida da adolescente e de sua família (MERINO et al., 2013). Após a alta hospitalar, a mãe adolescente passa a assumir as responsabilidades com o cuidado da criança, podendo apresentar dificuldades no processo de aprender a cuidar de seu filho (MERINO et al., 2013; SOARES; LOPES, 2011). Ainda, a adolescente necessita de apoio para vencer o medo e superar os desafios advindos do ato de maternar nessa fase da vida (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011; WILSON-MITCHELL; BENNETT; STENNETT, 2014).

Diante desse quadro de insegurança e medo, surge uma figura de referência para o cuidado com a criança, fornecendo apoio que a adolescente necessita:

Quando eu estava grávida eu pensei que iria ser difícil cuidar dele, mas minha mãe me ajuda muito, e vi que não é tão difícil assim. [...] Eu pensei que não iria dar conta de cuidar dele, de dar banho nele. Nossa, eu morria de medo de dar banho nele! Aí, a minha mãe, no começo, ela começou a dar o banho nele, e foi me ensinando. Depois, eu aprendi, perdi o medo de dar banho nele. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)

Minha mãe foi fazendo e me dando segurança. Ela ia falando: 'É desse jeito, desse jeito'. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

No banho, eu sabia, mas, às vezes, eu ficava com medo, aí minha mãe me ajudava. [...] E eu fui aprendendo mais. [...] Comecei a dar a papinha com seis meses. [...] Eu sabia dar, porque eu já tinha olhado duas crianças, e já sabia como dar. [...] Mas a minha mãe também me ajudou, quando eu não sabia, minha mãe me ajudava. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Diante da insegurança da adolescente, a sua mãe inicia os cuidados com a criança e vai inserindo a filha de forma gradual nos cuidados maternos. A figura da avó materna da criança

emerge como referência, oferecendo suporte para a mãe adolescente, aspecto também encontrado em outros estudos (BRAGA et al., 2014; MENDES et al., 2011; MERINO et al., 2013).

Outras figuras femininas também foram mencionadas como relevantes para a adolescente:

Quando nasceu já não tinha mais medo não. Aí, foi indo, cuidei delas. [...] Eu tive dificuldade para cuidar da minha primeira filha, da primeira eu não sabia muita coisa. Mas, aí, fui aprendendo, as moças lá do PROMAI [Programa Materno Infantil da Santa Casa-Passos] já tinham ensinado um pouco, porque eu tinha feito o curso, fui aprendendo e não precisei de ninguém não. [...] Desde quando elas nasceram até hoje continuo cuidando delas sozinha. (E7 Mãe 16 anos; Crianças, 2 anos e 9 meses, 1 ano e 3 meses)

Eu fiquei muito insegura na hora do banho. Ela tinha medo da água, ela chorava muito, e eu apavorava. Minha sogra que pegava para dar banho. [...] Aí, eu ia vendo a minha sogra dar banho, fui acostumando, aprendendo. (E20 Mãe 18 anos, Criança 1 ano)

Na presença de dificuldades, outras figuras femininas, como a sogra, podem se tornar representativas, auxiliando no cuidado. A adolescente ao observar outra pessoa realizar o cuidado com a criança vai se aproximando e exercendo o cuidado. Na ausência dessas, os profissionais da saúde, por meio do apoio e da capacitação da adolescente para um cuidado protetor, assumem papel importante.

A presença de figuras femininas na rede de apoio da mãe adolescente também foi encontrada em um estudo realizado com mulheres que vivenciaram a gravidez e maternidade na adolescência, atestando que as redes de cuidado são, de forma predominante, compostas por mulheres (SOARES; LOPES, 2011).

Considerando que muitas mães adolescentes não contam com o auxílio da avó materna da criança nos cuidados, os profissionais de saúde, por meio de uma participação mais ativa, podem exercer apoio significativo à adolescente, realizando, continuamente, intervenções compartilhadas e singulares, em que ocorra a troca de experiências, o fornecimento de orientações e esclarecimento de dúvidas acerca do cuidado da criança, bem como a identificação e enfrentamento de possíveis dificuldades (MERINO et al., 2013; SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

O entendimento de que nos primeiros meses de vida a criança encontra-se em uma etapa de desenvolvimento caracterizada pela dependência completa (BRASIL, 2010b), aponta a importância de um olhar abrangente dos profissionais de saúde e das articulações

intersetoriais, que se fizerem necessárias, para a proteção integral e promoção da saúde infantil (BRASIL, 2012b; PENELLO; LUGARINHO, 2013).

Há adolescentes que tem maior confiança para o cuidado com o filho. Isso pode estar relacionado com experiências prévias no cuidado com outras crianças:

Não é difícil, não tenho muita dificuldade para cuidar dos meus filhos. Eu já cuidava dos meus sobrinhos, já ajudava a minha irmã a cuidar deles. Enquanto ela trabalhava, eu cuidava das crianças. Aí, fui aprendendo a cuidar de criança, a dar banho, dar comida, trocar, brincar. Então, para mim não foi difícil cuidar dele. E também, quando eu ganhei ele, eu já tinha experiência de cuidar de filho, porque eu já tinha uma filha, eu já cuidava dela.” (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

Cuidar dela é muita alegria para mim! Eu já tive essa experiência com a minha irmã, eu que cuidei da minha irmãzinha para a minha mãe trabalhar, desde o primeiro mês dela. Aí foi uma experiência muito boa, gostei muito. [...] Eu tinha uma alegria cada vez que eu sentia ela mexendo na minha barriga, sentia uma alegria enorme.” (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Algumas adolescentes referem já ter experiência no cuidado com outras crianças (sobrinho, filho, irmã), o que originou maior segurança e preparo para cuidar do próprio filho. Dessa forma, as vivências e experiências no cuidado também auxiliam a adolescente na construção do papel materno, sugerindo que a experiência prévia no cuidar é um facilitador.

A experiência prévia no cuidado de crianças, possibilitando à aquisição de maior segurança e preparo, é apontada como um facilitador para o cuidado com o filho (RESTA et al., 2010). Tendo em vista que vivências positivas e negativas geram aprendizados relevantes para a função materna, a experiência de vida também foi considerada por adolescentes como um auxílio para o exercício da maternidade (RESTA et al., 2010).

Algumas situações referentes à acolhida da criança pela família foram apontadas nas entrevistas:

Quando eu cheguei com ele aqui em casa ficou todo mundo em cima, todo mundo querendo ver ele. Meu pai, o pai dele, todo mundo estava aqui querendo ver, pegar ele. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

Quando cheguei com ele aqui em casa tivemos muitas visitas, todo mundo queria ver ele, super animados para conhecê-lo. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

Algumas mães adolescentes apontam que a alta da maternidade e a chegada da criança em casa criam um contexto favorável para o seu acolhimento e aceitação, sugerindo a contribuição desse processo para a configuração do papel materno.

O apoio fornecido pela família, companheiro, amigos e profissionais de saúde auxiliaram no acolhimento e fortalecimento da mãe adolescente, reduzindo os fatores vulnerabilizantes e contribuindo para associações positivas com a maternidade (BRAGA et al., 2014; DI STEFANO et al., 2011).

Algumas situações envolvendo preocupação com o bem-estar infantil também emergiram:

Teve um dia que ele dormiu até três horas da tarde. Nesse dia eu fiquei muito preocupada! Eu ficava pensando se devia ir lá e acordar ele, olhava e ele estava respirando normal. Então, deixei ele continuar dormindo, e quando ele foi acordar já eram três horas da tarde! (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

A gente fica muito preocupada, qualquer coisa nova que acontece a gente fica desesperada. Até uma gripe. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

Para a mãe adolescente o cuidado da criança apresenta-se como um aprendizado diário. A gestação e a maternidade são compreendidas como um processo contínuo de aprendizado para as mães, sendo, portanto, fundamental que as adolescentes sejam preparadas para o enfrentamento de situações que serão vivenciadas, o que possibilita uma participação mais ativa na tomada de decisão frente à maternidade (MERINO et al., 2013).

Com o passar do tempo, ela vai superando seus medos e as dificuldades peculiares de cada momento. A aquisição da confiança no cuidado vai aparecendo com a criação e fortalecimento cada vez maior do vínculo com a criança:

No começo foi difícil, para mãe de primeira viagem é difícil, mas depois eu fui pegando o jeitinho de cuidar dela, de saber quando está com febre, quando está doente, essas coisas, aí facilitou. Até hoje para mim não teve dificuldade com ela não. Está sendo fácil cuidar dela, e eu acredito que esteja cuidando dela direitinho. Cuido dela igual mãe mesmo, porque mãe igual eu fui nova, com a idade que eu tive ela, eu acredito que estou sendo uma boa mãe para ela. Eu acredito nisso. Ninguém nunca chegou em mim e reclamou, todo mundo que vê ela fala: 'Nossa, que gracinha, que linda!'. Eu acredito que esteja cuidando dela certinho. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

O relato mostra que o papel materno vai sendo construído perpassando por algumas dificuldades que precisam ser enfrentadas e superadas pela adolescente. Nota-se, ainda, um sentimento de orgulho da mãe adolescente pelo cuidado desempenhado.

Apreende-se que a mãe adolescente, ao adaptar-se às novas responsabilidades, adquire maior confiança para desempenhar o papel materno, encontrando meios para superar

as dificuldades e fortalecendo, cada vez mais, o estabelecimento de vínculo com a criança (MERINO et al., 2013).

A mãe adolescente valoriza a criança e sente-se orgulhosa com o desenvolvimento infantil:

Com sete meses ela já começou a querer virar de bruços e ficar firminha com as mãozinhas. Agora, ela já está para todo lado, engatinhando no chão. Ela já segura nas coisas e fica em pé, quando eu ponho ela no chiqueirinho ela segura e depois ela solta do chiqueirinho e fica só só. [...] Daqui uns dias ela começa a andar, ela já está com oito meses. [...] Eu ponho a musiquinha e ela fica ouvindo. Ela já sabe o parabéns, fica batendo as mãozinhas quando a gente canta, já sabe falar mamãe e papai. Ela já está evoluída já!’ (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Aqui em casa não tem muito espaço. Ela pega o andador, e, se a porta da sala estiver aberta, ela olha para mim e sai correndo. E eu saio correndo também atrás dela, ela quer que eu vá atrás dela. Ela é esperta. Ela já faz tchau, desde os cinco meses. Ela canta parabéns.” (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Ele levanta o pé para pegar o que tem em cima da mesa. Para ele tudo é novidade, então, ele sobe em tudo, quer abrir tudo, e ele é uma criança que não tem medo de bicho, não tem medo dessas coisas, ele tem a curiosidade de ver o que é aquilo. (E15 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Etapas do desenvolvimento da criança são relatadas com entusiasmos pela mãe adolescente, que identifica seus progressos e habilidades. Estudo reconhece a maternidade na adolescência como fundamentalmente objetivada em uma atmosfera ambígua, tendo em vista as dificuldades vivenciadas e as expressões positivas, que apontam para momentos de felicidade e satisfação com a presença da criança (RODRIGUES et al., 2010).

O envolvimento com a criança auxilia a adolescente a assumir o cuidado com responsabilidade:

Eu não largo ela, não penso assim: ‘vou curtir a minha vida porque agora que eu tenho dezessete anos, é idade de sair, curtir a vida’. Eu não penso assim, eu penso nela, na minha filha em primeiro lugar, ela é minha prioridade. Para mim não tem problema se não tiver jeito de sair, se ela tiver bem é o que importa. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

A nova rotina assumida pela mãe adolescente com o nascimento da criança e o cotidiano de cuidados pode desencadear situações marcadas por perdas e restrições (MERINO et al., 2013). Contudo, o envolvimento com o filho exige amadurecimento e autocontrole, características geralmente não identificadas na população adolescente (MERINO et al., 2013).

Logo, o nascimento da criança configura-se como algo que pode contribuir para o crescimento pessoal das mães adolescentes (MERINO et al., 2013).

Nesse subtema foi possível uma aproximação do lado materno da adolescente, processo que se iniciou desde a descoberta da gravidez, perpassando pela gestação e parto, e culminando no cuidado cotidiano da criança. Trata-se de momentos em construção da figura materna na adolescência, constituindo um fenômeno complexo, influenciado por diferentes fatores, sendo singular a presença de uma rede de apoio para a interação com a criança e o desempenho dos cuidados.

Perspectivas para o futuro

Nas narrativas das mães adolescentes entrevistadas, há aspiração por um futuro melhor e o estudo é visualizado como fonte para proporcionar condições boas de vida para seus filhos. Assim, algumas adolescentes, ao descobrirem a gravidez, elaboraram estratégias para conciliar a continuidade dos estudos com o cuidado da criança:

Eu esperei os três meses de licença maternidade. Depois eu voltei para a escola. [...] Mas assim, não me prejudicou não. Os professores deixavam eu fazer os trabalhos em casa, minha mãe ia na escola buscava os trabalhos e eu fazia aqui em casa durante a licença. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

Eu sabia que eu estava grávida, e no primeiro e segundo bimestre eu peguei firme com as matérias, peguei tudo que podia fazer, para ficar mais tranquila no último bimestre. Os professores também me ajudaram bastante. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

Voltei a estudar porque eu quero garantir o futuro dela. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Nota-se uma postura de compromisso e dedicação quanto à continuidade dos estudos. Ressaltam também o apoio ofertado pelos professores.

O abandono escolar, que resultaria em prejuízos para a formação profissional da adolescente e seu ingresso no mercado de trabalho, é enfatizado como um dos aspectos danosos atribuídos à gravidez na adolescência (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012; GURMU; DEJENE, 2012; MOREIRA et al., 2008; NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011). Entretanto, para adolescentes pertencentes às camadas populares, deve-se frisar que os projetos educacionais e profissionalizantes voltados para esse segmento caracterizam-se como pouco convidativos e incapazes de fornecer alternativas que sejam atraentes para descartar a opção

pela maternidade na adolescência, sendo necessárias, portanto, adequações na instrução formal bem como melhores perspectivas econômicas (NUNES, 2012; SANTOS, K., 2012).

A dificuldade em conciliar estudos e função materna emerge como um dos fatores que levam a adolescente a abandonar a escola (MERINO et al., 2013). Nesse cenário, a contribuição de diversos atores faz-se necessária para proporcionar a continuidade dos estudos, entre esses, cita-se a figura do professor que pode ser incluído na rede social de apoio à adolescente (BRAGA et al., 2014; SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Enquanto algumas adolescentes buscaram retomar os estudos, outras ainda aspiram por esse retorno:

Eu quero voltar a estudar, pensando no futuro da minha filha, dar um futuro melhor para ela. Eu comecei a fazer dois cursos de informática, mas eu tive que parar por causa da gravidez. Desde quando eu entrei na escola eu nunca bombei, sempre fui muito estudiosa. Gosto de estudar. Eu acho que foi mais difícil por causa dela, mas eu não me arrependo de ter tido ela, já era para eu ter terminado o colegial, mas eu não me arrependo não. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Há o desejo da continuidade do estudo para oferecer melhores condições aos filhos e também à expressão do gosto pelo estudo. Mas, nesse processo é notável o papel central da criança na vida das mães.

A gravidez na adolescência, em alguns casos, adia as possibilidades de desenvolvimento, como a continuidade dos estudos e a qualificação profissional. Contudo, o entendimento é que o fenômeno da gravidez na adolescência não é homogêneo, repercutindo de diferentes formas na vida da adolescente, de acordo com o contexto social no qual está inserida (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011; NUNES, 2012). Assim, adolescentes oriundas da camada social média e alta apresentam menor prejuízo no percurso de escolarização e profissionalização, se comparadas com aquelas pertencentes à classe social baixa, que, na maioria das vezes, não contam com apoio familiar e social (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

É importante ressaltar o direito à educação e à profissionalização para os (as) adolescentes, constituindo dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, de forma prioritária, a efetivação dos mesmos (BRASIL, 2008).

As adolescentes mencionam a importância da continuidade dos estudos para um ingresso no mercado de trabalho:

Eu fui ao CESEC [Centro Estadual de Educação Continuada], fiz minha mãe me matricular lá, comprei até os materiais e acabei não indo nada, fui só uns dias, depois eu saí. Mas, eu

quero voltar. [...] Ter uma profissão melhor. Olha para você ver, minha mãe não estudou e hoje ela fica lavando banheiro dos outros [mãe é diarista], tem que ralar muito, e isso não é vida para ninguém não. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Para garantir um futuro melhor, porque sem estudo a gente não é nada. Com estudo a gente pode arrumar um emprego bom. Agora, sem estudo, fica muito complicado. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu tenho muita vontade de voltar a estudar. [...] Eu queria pelo menos terminar o colegial. Agora estou fazendo um curso de costura. Aí, se eu for mandar currículo para essas fábricas [confeção de roupas] é preciso que eu tenha terminado o colegial, feito até o terceiro, e eu terminei só o primeiro. Hoje, para arrumar serviço eles estão pedindo que a pessoa tenha concluído até o terceiro. Seria para arrumar um emprego mesmo. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

Nas narrativas há uma interligação entre continuidade dos estudos, ingresso no mercado de trabalho e futuro promissor. O estudo é visto ora como uma oportunidade de ingressar no mercado de trabalho, ora como uma forma de ter uma profissão/ocupação.

Entre os planos futuros de gestantes adolescentes encontra-se a continuidade dos estudos, atrelado ao desejo de profissionalização, por meio da realização de um curso técnico ou de um curso do ensino superior, e o ingresso no mercado de trabalho (DIAS et al., 2013). A formação educacional e a experiência profissional configuram-se como meios para alcançar melhorias no padrão de vida e adquirir autonomia financeira (OGIDO; SCHOR, 2012).

Considerando que a inserção no mercado de trabalho pode indicar a possibilidade de a jovem mãe adquirir maior liberdade, por meio da conquista da independência financeira, e socialização, devido ao contato com outras pessoas, realidades e ambientes, fora da esfera doméstica, vislumbra-se a necessidade de mudanças nas relações de gênero, com ênfase para a igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres, contribuindo para a inserção da mulher no mercado de trabalho, especialmente daquelas que se tornam mães (OGIDO; SCHOR, 2012).

O estudo também é abordado pelas adolescentes como possibilidade de aprendizagem e fortalecimento de habilidades para a educação da criança:

Um pouco também eu fico pensando no futuro da minha filha, que ela depende de mim e do pai dela. E também para eu dar um exemplo para ela. Eu gosto de estudar, sempre gostei. (E3 Mãe 18 anos; Criança 7 meses)

É para eu saber ensinar para o meu filho o que eu não aprendi quando eu era mais nova, para eu ensinar as coisas para ele. Teve coisas que eu até aprendi, mas quando você tem um

filho você quer ajudar ele, e você estudando você pode dar uma melhor formação para o seu filho. (E15 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

A continuidade do estudo é também vista como benefício à educação da criança. De acordo com as mães adolescentes, estudar configura-se como uma forma de construir conhecimentos que podem ser compartilhados com o filho, auxiliando na sua formação, bem como uma possibilidade de dar exemplo para a criança, mostrando a importância do estudo na vida do indivíduo.

Nessa direção, a escolaridade materna é apontada como um dos fatores que contribui para os cuidados e garantia dos direitos na infância (ÇINAR et al., 2009; CORRÊA et al., 2009; LEAL et al., 2011; MELLO et al., 2014b). Destarte, a escolarização materna, estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade infantil e para a promoção da saúde, influencia, de forma positiva, o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2010a).

Ciente da relevância da escolaridade materna para si e para a saúde infantil, o Plano Nacional pela Primeira Infância (BRASIL, 2010a) recomenda ações que estimulem o retorno à escola das mulheres que não completaram a escolaridade na idade própria/esperada.

A despeito da teia de correlação entre o estudo e a busca por um futuro melhor, as mães adolescentes deparam-se com entraves para a continuidade dos estudos que precisam ser enfrentados e superados.

A ausência de uma rede de apoio para o cuidado cotidiano com a criança funciona como um dificultador:

Eu quero voltar a estudar, acho que é importante. [...] Eu fiz até a oitava série, aí parei de estudar, ganhei minha filha. Agora não tem ninguém para olhar ela, para eu voltar a estudar. Minha mãe trabalha, meu pai trabalha, e eu fico aqui em casa com ela, não tem com quem deixar, ela é muito novinha, só tem seis meses. Então, não tem ninguém que possa ficar com ela para eu voltar a estudar. (E1 Mãe 15 anos; Criança 6 meses)

Já voltei a estudar, mas está sendo complicado porque não está tendo creche para colocar ele. Não tem lugar na creche para colocar o menino, se quiser colocar na creche tem que pagar creche particular, na pública não consegue. Eu chego lá na creche o pessoal de lá não dá nem atenção para mim. É como se eu fosse um nada. [...] Confiar de deixar ele na creche eu não confio muito não, mas é precisão. Muita precisão mesmo. Eu já estou desanimando, já estou querendo parar de estudar de novo. [...] Eu mal comecei e já estou querendo parar de novo. A minha mãe, que olha ele para eu estudar, já com problema nas pernas, não está dando conta de olhar mais, meu pai também não dá conta. O pai dele piorou, porque quase não dá atenção para ele. (E8 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 6 meses)

Creche não é fácil não. Alguns dias atrás eu fui a uma creche tentar colocar as duas. Aí a moça olhou minhas meninas e disse que a creche não aceita crianças que moram nesse

bairro aqui que eu moro. [...] disseram que não tem vagas, não tem vagas para criança que mora nesse bairro não. [...] É desse jeito, é preconceito que eles têm com a gente que mora aqui. As crianças que moram aqui, que estudam lá nessa creche, são de família que tem casa melhor, que têm uma situação melhor de vida, aí, eles deixam estudar lá. Mas, gente assim, igual a mim, que não tem dinheiro, eles não aceitam de jeito nenhum. [...] Acho que eles olharam para gente e pensaram que a gente não ia ter dinheiro para comprar nem o uniforme para as meninas. Eu falei para moça: 'Meu marido trabalha, eu tenho condição de comprar o uniforme, comprar as coisas que precisar para elas'. Aí ela falou assim: 'Não, mas não é isso, é porque a gente não aceita crianças que moram no bairro onde a senhora mora.' Igual, aqui, as meninas que moram naquele predinho [aponta um prédio próximo a casa dela] estudam lá. As meninas que moram ali na frente estudam lá, mas é gente que tem mais dinheiro que a gente, que tem condição melhor. Mas, agora a gente, que eles acham que não tem condição de comprar nem o uniforme, eles não deixam por as crianças lá não. [...] Essa é uma creche melhor do que a outra que tem aqui perto. A creche que tem aqui perto, as outras crianças batem, judiam. As moças não olham direito, lá já morreu até um nenenzinho. Agora, eu quero colocar as meninas nessa outra creche. Como eles não querem aceitar, vou procurar o Conselho Tutelar. É preconceito com a gente! Mas, vou atrás, vou procurar o Conselho Tutelar [...] vou lá procurar e ver se dá certo colocar elas na creche, se eles me ajudam a colocar elas nessa creche. (E7 Mãe 16 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 1 ano e 3 meses)

Eu não tenho muita confiança em creche não. Não sei se eu coloco ela na creche não. Tem pessoas que falam que não é para colocar na creche porque lá eles judiam das crianças, e eu acredito que possa acontecer isso mesmo. Já vi eles maltratando crianças na creche. Uma vez eu fui na creche aqui do bairro e vi uma mulher pegando a menininha, um pouquinho menor que a minha, chacoalhando e mandando a menina calar a boca. Nossa, criança não entende, não sabe de nada. Se a menininha estava chorando é porque tinha alguma coisa, alguma coisa estava acontecendo para ela estar chorando. Aí, eu penso assim: 'se tiver que por minha filha na creche, eu prefiro ficar dentro de casa cuidando dela'. Não deixo judiar dela de jeito nenhum. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

O auxílio do entorno familiar, em geral a avó materna, é visto pela adolescente para proporcionar a volta e continuidade dos seus estudos. A creche aparece como importante suporte. No entanto, há questionamentos sobre a qualidade do cuidado realizado nas creches públicas, e à falta de transparência nos critérios adotados para o preenchimento das vagas nas creches públicas e a insegurança quanto ao cuidado prestado à criança foram apontadas pelas mães adolescentes, particularmente uma preocupação com a violação de direitos da criança.

O suporte familiar oferecido às mães adolescentes, no que concerne aos cuidados com o bebê, pode não perdurar até o período de retorno aos estudos (MERINO et al., 2013). Do lado das políticas públicas sociais, a jovem mãe também pode encontrar um ambiente desfavorável, visto que, ao dependerem de creches públicas, podem se deparar com entraves relacionados à dificuldade de conseguir vagas e à restrição de horários, que nem sempre vão ao encontro dos horários de trabalho dessas mães (OGIDO; SCHOR, 2012).

Assim, essa falta de sustentação social e familiar apresenta-se como um obstáculo para que mulheres que vivenciaram a gravidez e maternidade na adolescência possam continuar investindo nos estudos e no trabalho, elementos relevantes para contribuir com melhores condições de vida e realização pessoal (SOARES; LOPES, 2011).

Algumas adolescentes relataram contar com uma rede de apoio familiar para o cuidado com a criança, o que favoreceu a volta aos estudos. Todavia, enfrentaram algumas dificuldades para a adaptação em exercer, concomitantemente, o papel materno e o estudantil:

Foi um pouquinho difícil na hora de voltar para a escola. Eu tive que acostumar com uma nova rotina. Antes eu estava com ele dentro da minha barriga e estava mais fácil. Eu tinha que tirar o leite para minha mãe dar para ele, essa parte do leite era difícil. Eu não tinha muito jeito para tirar, aí, eu tirava com a mão, não tirava com aquelas maquininhas não, e parecia que não rendia. Eu levantava uma meia hora antes de começar a arrumar para tirar esse leite, e nunca que enchia o copinho dele. Aí, depois que começou a dar papinha ficou mais fácil. [...] às vezes, ficava um pouquinho sobrecarregada, mas, assim, eu procurava aprender mais na escola, eu nunca fui de estudar muito em casa, eu sempre estudei mais na escola. Nas provas, até que eu não estudava muito em casa, eu só revia matéria mesmo. Aí ficava um pouquinho difícil porque ele chorava, eu tinha que parar, ver o que era. Era um pouquinho difícil, mas não era impossível. [...] Ah, eu sempre quis terminar os estudos, e tudo mais. Faculdade eu não tenho tantas esperanças, mas, assim, eu queria fazer um curso técnico, alguma coisa assim. Hoje em dia, se você não tem terceiro você não tem nada. E eu já estava no meio do segundo, e pensei: 'vou parar agora no meio do segundo, quase terminando, faltando um ano e meio só?' Aí eu fui, e o meu marido me ajudou também, a minha mãe. Aí eu falei: 'Eu vou voltar'. Até acostumei ele, porque quando ele só mamava, ele mamava de três em três horas, para eu amamentar ele as seis, dar o leite nove, e meio dia eu já estar de volta para amamentar ele de novo. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu ia para a escola grávida, depois que eu ganhei ele, fiquei de resguardo e quando acabou o resguardo eu já voltei para a escola. E enquanto eu estudava a minha mãe olhava ele para mim. Faltava uma semana para ele fazer um mês de vida e eu já voltei para a escola. Eu o ganhei na terça-feira, e até na segunda eu fui à escola. Minha mãe ficava com ele de manhã, eu chegava da escola e amamentava ele. Eu tirava o leite do peito para minha mãe dar para ele enquanto eu estava na escola, porque eu sabia que não podia parar de dar o leite do peito para ele, minha mãe falava que não podia parar que o leite era muito importante para ele. Aí eu chegava da escola, descansava um pouquinho, eu chegava cansada, e já dava o peito para ele. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)

A minha volta à escola foi difícil porque a minha mãe tinha que levar ele lá na escola para eu amamentar, às vezes no período de aula eu tinha que vir aqui em casa amamentar ele. Isso era bem difícil. Agora, graças a Deus, não precisa fazer isso mais, ele já está grandinho, comendo outras coisas também. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

Conciliar o papel materno com os estudos não é uma tarefa fácil, inclui uma reorganização da rotina, em busca de suprir as necessidades da criança, particularmente a

amamentação e alimentação e cuidados cotidianos. Ainda, há a preocupação com a finalização de algumas etapas da escolaridade, tendo em vista os planos futuros.

A maternidade, em alguns casos, não inviabilizou a volta aos estudos, mas exigiu uma adaptação e apoio de familiares. A avó (mãe da adolescente) aparece como figura central, apoiando a filha e agindo em prol da saúde infantil.

Denota-se que a maternidade na adolescência provoca mudanças na vida da mãe adolescente, o que exige a superação de desafios e a incorporação de novos hábitos e relações sociais (MERINO et al., 2013). No entanto, mesmo diante das dificuldades encontradas para conciliar a maternidade à rotina de estudante, muitas mães adolescentes optam por retornar à escola, buscando a concretização de projetos de vida (MERINO et al., 2013).

Situações que mostram o envolvimento afetivo do binômio mãe-filho e as dificuldades encontradas para o retorno aos estudos foram apontadas:

Quando eu estava na escola ficava doidinha para chegar em casa logo, ficava com medo dele estar chorando, querendo eu. Ficava com aquela preocupação, era ruim demais ficar sem ele. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)

Foi difícil ficar sem ela lá na escola. Teve um dia que eu quis colocar ela na minha mochila! Eu tirava fotos dela, mostrava para as minhas amigas, eu queria levar ela de todo jeito! Eu ia chorando para a escola. No primeiro dia eu não queria ir, e o pai dela falou assim: 'Não, você vai! Ela está comigo, eu não vou fazer nada demais com ela, pode ir!'. E eu ficava ligando toda hora. Nos primeiros dias, nas primeiras semanas, eu só chorei. Na hora do recreio eu ligava. Aí podia levar ela lá na escola para eu amamentar, mas eu não queria porque senão eu ia querer ir embora. (E3 Mãe 18 anos; Criança 7 meses)

As falas expõem os sentimentos vivenciados pelas adolescentes na volta aos estudos. Observa-se que, no período em que se encontravam na escola, as mães adolescentes referem sentir a ausência dos filhos e preocupam-se com o bem-estar infantil. É notável um vínculo afetivo entre mãe e filho.

Quando a criança apresenta uma doença crônica, necessitando de cuidados específicos, há maiores dificuldades para a continuidade dos estudos:

Eu ganhei ela e voltei a estudar, mas aí, ela começou a dar esses problemas de leite, essas coisas, começou a ficar internada. Aí, depois eu parei. Eu falei assim: 'Vou cuidar dela, vou cuidar da minha filha até ela completar pelo menos um ano'. Aí, eu parei, porque eu nunca tomei bomba, mas eu pensei, vai ser só um ano que vou parar. Pelo menos eu não bombei, eu parei para cuidar da minha filha. Aí, eu fiquei o ano passado inteirinho cuidando dela, esperei ela crescer um pouquinho. Quando eu voltei a estudar, no começo, ela chorou. Chegava, ela estava chorando. Nessa semana eu nem fui para a escola, é difícil, eu não estou conseguindo ir e deixar ela. Ela acostumou muito comigo, ultimamente é mais comigo. Aí

depois, ter que deixar com o pai dela, com a minha mãe, é ruim, é difícil. (E11 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Apreende-se que a mãe adolescente prioriza o cuidado com a filha que apresenta problemas alimentares (intolerância ao glúten e à lactose) em detrimento à volta aos estudos. A adolescente, durante um ano, dedicou-se plenamente ao cuidado da filha, vivenciado com ela momentos delicados, como as internações da criança. Apesar do desejo de dar prosseguimento aos estudos, a mãe adolescente depara-se com dificuldades de permanecer certo tempo longe da filha, mesmo que ela esteja sendo cuidada por familiares, como o pai e a avó materna. Nessas situações, a mãe adolescente necessita ser amparada e ouvida.

A infância apresenta-se como um período em que a criança pode estar susceptível a várias intercorrências de saúde (MERINO et al., 2013). Em alguns casos, a situação de doença da criança torna-se um limitante para o prosseguimento dos estudos da mãe adolescente, que, mesmo reconhecendo a perda de oportunidades de crescimento profissional, prima pela saúde de seu filho, destacando a qualidade de vida da criança como primordial (MERINO et al., 2013).

Compreende-se que há valorização do papel materno, pois, algumas adolescentes demonstram preocupação em cuidar do filho nos primeiros anos de vida, para depois desenvolver projetos de vida (DIAS et al., 2013).

Considerando a relevância da continuidade de projetos de vida e pensando no bem-estar materno e infantil, cabe aos profissionais de saúde e à família, por meio de uma escuta atenta e comprometida, abrir espaços de diálogo, para que a mãe adolescente possa externar suas preocupações e construir formas de enfrentamento.

Quando a adolescente conta com uma rede de apoio familiar e social, e demonstra força de vontade e determinação, o ingresso e a conclusão de um curso do ensino superior aparece como uma realidade mais próxima e acessível:

Voltar estudar, fazer um curso, ser enfermeira, meu sonho sempre foi ser enfermeira. Ser enfermeira é o que eu quero! Eu sempre falo para o meu marido isso. Teve até um dia que nós dois brigamos, ele falou que se eu não voltasse a estudar eu iria ser faxineira, só cuidando de casa, de filho. Assim, eu acredito que se eu tiver esforço, eu vou conseguir ser enfermeira, é isso que eu quero e eu vou conseguir. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Garantir um futuro melhor para mim e para ele também. Acho que isso é o que importa. Eu acho que filho não atrapalha, não interrompe nada, a gente tem que ter é força de vontade mesmo para correr atrás dos sonhos, dos objetivos que a gente tem na vida. Eu tenho vontade de fazer uma faculdade, eu quero ser psicóloga, queria fazer psicologia. Vou tentar o ENEM

[Exame Nacional do Ensino Médio] *nesse ano e vamos ver se dará certo.* (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

Agora que eu estou nova é mais fácil cursar o ensino superior, talvez eu não tivesse oportunidade de estar cursando o curso que eu faço hoje [Engenharia Civil] se eu não tivesse tido força de vontade e continuasse os meus estudos. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

Dessa forma, percebe-se que a maternidade na adolescência pode dificultar, em alguns aspectos, as perspectivas para o futuro, mas, os planos podem ser realinhados e novos caminhos podem ser desenhados pelas mães adolescentes, buscando a realização de sonhos e de melhores condições de vida.

Contar com uma rede de apoio familiar e social para a atenção à criança, com confiança, segurança e qualidade dos cuidados oferecidos, é de extrema importância para que a continuidade dos estudos da adolescente ocorra de forma profícua.

Nesse cenário, observa-se que a gravidez na adolescência pode interferir na execução de planos traçados para o futuro sem, contudo, alterá-los (DIAS et al., 2013). Entende-se a necessidade de políticas públicas que proponham estratégias para facilitar a concretização de planos educacionais, pois estar em situação de maternidade na adolescência não deve ser sinônimo de distanciamento das possibilidades de realizações de sonhos e projetos futuros (DIAS et al., 2013).

Diante desse contexto, apontar apenas as facetas negativas da maternidade na adolescência, vinculando à ausência de aspirações futuras, deve ser repensado, visto que, quando apoiadas, as adolescentes demonstram capacidade de enfrentamento e superação de dificuldades, o que pode favorecer o seu amadurecimento.

O cuidado cotidiano da criança

Nesse tema são retratados aspectos sobre o cuidado da criança desempenhado pela mãe adolescente, envolvendo a complexidade e a construção de conhecimentos e habilidades para um cuidado protetor.

Os resultados são apresentados nos seguintes subtemas: **Cuidar da criança e estar atenta às suas necessidades; Cuidar da criança e enfrentar dificuldades.**

Cuidar da criança e estar atenta às suas necessidades

Nas narrativas das mães adolescentes entrevistadas, a criança é vista de acordo com algumas necessidades. Em situação de bem estar entre os pais é apontada a relevância da necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:

Eu dou muito carinho para ela. O pai dela trabalha o dia inteiro. Quando ele chega, ela fica alegrinha por causa dele. Aí, quando ele chega, ele brinca com ela. Aí, eu brinco com ela e ele também brinca. Eu incentivo muito ela a cantar musiquinha, se eu tiver que fazer alguma coisa eu paro para sentar com ela no chão e brincar. Canto musiquinha com ela, brinco com ela. Eu e o pai dela temos que dar muito amor e muito carinho para ela e temos que viver bem, com muito amor, porque a criança sente. Se for só intriga, brigas, passa tudo para o neném, a criança sente. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu acredito, assim, teve filho, é seu filho, você tem que cuidar dele primeiro, é seu filho, tem que ser prioridade na sua vida. Sair, passear, a gente sai e passeia depois, a criança vai crescer. Ou melhor, leva a criança junto. Eu faço assim, às vezes, à noite, principalmente quando está muito calor, eu e meu marido pegamos nossa filha e vamos passear com ela, damos uma voltinha na praça, fazemos alguma coisinha, ou aqui dentro de casa mesmo. A gente leva ela para passear na casa da avó dela, a gente passeia para divertir um pouco. [...] Eu acredito que quando a gente tem um filho a gente tem que cuidar e dar amor. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

A presença constante de um cuidador principal, no caso a mãe adolescente, que estabelece uma interação amorosa com a criança, permeada por atenção e carinho, a presença do pai e o relacionamento afetivo sólido dos pais da criança, aparecem na visão das adolescentes como importantes para propiciar um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento na infância.

Para o desenvolvimento da segurança emocional, a criança necessita de interações sustentadoras contínuas, em que possa se sentir querida, desejada ou amada (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). O relacionamento, para ser sustentador, deve ser permeado por amorosidade e atenção, sendo que a interação afetiva entre um adulto (cuidador) e uma criança pode ocorrer durante o oferecimento de cuidados físicos, mas também em momentos dedicados exclusivamente para o contato e a troca afetiva (VERÍSSIMO et al., 2009).

Situações envolvendo a pouca participação do pai na vida da criança foram abordadas pelas mães adolescentes:

De vez em quando meu filho fala do pai dele porque ele ainda lembra [...] Ele não teve muito convívio com o pai dele não. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)

Ele [a criança] sobe na janela chama o pai dele, ele sente muita falta do pai. [...] O pai dele podia pegar o menino pelo menos no dia de sábado, para passar o dia com ele, mas nem isso ele faz. Ele vai ter que decidir que dia que ele vai querer ficar com o menino, ou então não vai mexer mais com ele, porque toda vez que o menino chega lá [na casa do pai] e vem embora ele sente a falta do pai. Ele tem afeição pelo pai dele. (E8 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 6 meses)

A família dele [do pai da criança] não me ajuda em nada. O pai dela quase não vem visitá-la [...] Ela também não gosta deles. Ela sorri para todo mundo, menos para eles. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Eu acho que toda criança precisa da presença do pai. Precisa, mas, ele é muito agarrado comigo, estando junto comigo acho que ele fica feliz, eu dou muito carinho para ele. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

As adolescentes apontam uma preocupação em relação à presença do pai na vida da criança e com criação de vínculos afetivos com ele e com a família paterna. Essas adolescentes reconhecem a importância da figura paterna para a criança e desenharam caminhos para compensar essa ausência, como dobrar a atenção e o carinho ofertado ao filho.

Tais aspectos são relevantes para a segurança emocional, como abordado na literatura (MELLO et al., 2014a), em que há destaque para a importância da presença e envolvimento dos pais no cotidiano de cuidados com a criança.

Estudos apontam que na ausência do pai, a criança necessita ter uma figura paterna, papel que pode ser assumido por um adulto do sexo masculino que tenha participação na vida da criança e vínculo satisfatório com ela, como o avô materno, por exemplo (BENCZIK, 2011). A falta de apoio ou o pequeno apoio do pai da criança é, infelizmente, uma triste realidade vivenciada por uma parcela significativa das adolescentes que se tornam mães (BRAGA et al., 2014; DI STEFANO et al., 2011).

Outro aspecto nas relações familiares está relacionado à chegada de um irmão, que pode ocasionar ciúmes em algumas crianças, e elas buscam chamar a atenção da mãe:

Nossa, ela [filha mais velha] morria de ciúmes dele, tinha muito ciúme! Um dia, quando ele ainda era muito pequenininho, acho que não tinha nem uma semana, eu deixei ele todo enroladinho aqui no sofá. Aconteceu muito rápido. Ela veio aqui e puxou ele do sofá, quando vi, ele estava no chão. Nossa! Quase morri de susto! A sorte foi ele estar enroladinho, não machucou nada, nem chorar ele chorou, mas o susto foi muito grande! E esse ciúme durou muito tempo. Agora não, agora ela brinca com ele, trás a mamadeira para ele, põe a chupeta na boca dele. Eu só não deixo ela pegar ele, tenho medo que ela o derrube. Mas, agora está bem melhor, dá para ver que ela gosta do irmãozinho. (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

A situação levantada traz preocupação com ambos os filhos, e a mãe adolescente procura estar atenta no manejo da aceitação e adaptação de todos.

Estudo evidenciou que as crianças primogênitais podem apresentar ansiedade e sinais de ciúmes, temendo perder o amor materno em face da gestação e chegada de um irmão (PEREIRA; PICCININI, 2011). Para superar a problemática envolvendo ciúmes entre irmãos é necessário sensibilidade e paciência à mãe adolescente. Cabe destacar a importância da necessidade de carinho e atenção de cada um dos filhos, ajudando-os a estabelecer vínculos afetivos saudáveis.

Para um cuidado satisfatório torna-se necessário atender as necessidades essenciais da criança, possibilitando segurança emocional e proteção física, promovendo a aprendizagem, o crescimento e desenvolvimento infantil saudável (MELLO et al., 2014a; VERÍSSIMO et al., 2009). Deve-se pontuar que nesse processo é fundamental respeitar as particularidades de cada criança.

Exemplo sobre a importância de suportes institucionais para o cuidado cotidiano da criança e contribuição ao seu desenvolvimento também foi mencionado:

A creche foi boa para ela também, porque ela é muito sozinha, ela brinca só com uma menininha que mora aqui perto, e só quando eu vou levo ela na casa dessa menininha. A minha filha é muito sozinha, não tem nenhuma criança na família para brincar com ela. Agora, lá na creche, tem muita criança para ela brincar. Ela gosta, não chora para ir, ela gosta. No sábado, ela não vai, mas ela acorda cedo, na hora de ir para creche, ela acorda seis e meia e fica esperando. [...] Aí, eu falo para ela: 'Hoje não tem creche'. Mas, ela foi dormir só na hora que ela dorme lá na creche. Ela não quis dormir antes, ela já adaptou direitinho. Seis e meia certinho, em ponto, ela acorda todo dia, não precisa acordar ela, ela gosta da creche. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

A creche é vista como um apoio para a mãe adolescente, que pode voltar a trabalhar e/ou estudar, e para a criança como estímulo de aprendizagem e na aquisição de habilidades para a convivência social.

A rede que cria e mantém a identidade, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores que formam a criança é tecida pelos relacionamentos que se constroem entre as pessoas e as instituições (VERÍSSIMO et al., 2009). Nesse cenário, a creche emerge como uma instituição relevante no contexto da aprendizagem e da aquisição de habilidades para a convivência social, reconhecida como elemento de suporte às famílias no cuidado de crianças (DEZOTI et al., 2013; MELLO et al., 2014a; NEVES, 2013).

Deve-se pontuar ainda que a creche, em se tratando das camadas menos favorecidas da sociedade, desempenha papel expressivo na atenção às necessidades alimentares da criança (NEVES, 2013).

A brincadeira em família aparece como uma forma de estabelecer a interação com a criança, conforme ilustram as falas:

Eu acho que a família pode ajudar, assim, brincando com eles, deixando eles felizes. (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

Agora ele já come, já engatinha, já aprendeu a brincar. Então, fica tudo mais fácil. [...] Eu brinco com ele. Nossa, fico o dia inteirinho junto com ele, é vinte e quatro horas junto com ele. De dia brincando com ele, estando junto com ele, e, de noite ele dorme junto comigo.” (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Eu brinco bastante com ele, mas, a minha mãe brinca mais, ela tem mais paciência. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

Ele está em uma fase que ele quer atenção, quer brincar, e tem vezes que o meu marido está assistindo televisão e ele acha que o nosso filho tem que ficar no colo dele quietinho, e não é assim, ele quer que nosso filho também assista ao programa que ele está assistindo, ele gosta muito de jogo, essas coisas. E o nosso filho não quer assistir aquilo, ele gosta de desenho, e tem um limite também, ele não fica muito tempo assistindo. Aí, o meu marido acha que ele tem que ficar lá assistindo televisão o tempo que for. E o nosso filho não é assim, não é isso que ele quer, ele quer brincar, quer fazer outras coisas. Aí, meu marido estressa por causa disso. [...] aí, eu vou lá e pego o nosso filho, para ele não continuar estressando, porque senão acho que ele pode até bater nele, de tanto que ele grita. [...] Eu sei que o nosso filho é escandaloso, qualquer coisinha que ele quer e você não faz, ele começa a gritar. Aí, eu explico para o meu marido que agora ele não está entendendo nada, mas quando ele entender a gente pode corrigir, impor limites para ele. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Por meio da brincadeira, a mãe adolescente pode estabelecer uma comunicação com o filho, além de estimular seu desenvolvimento. As falas retratam que a brincadeira não é apenas uma forma de diversão, mas também um momento de dar atenção e fomentar a interação com a criança, que também pode ser realizada por outros familiares, como a avó materna.

Apesar de reconhecer a necessidade de impor limites para a criança, a mãe adolescente compreende a fase do desenvolvimento que o filho se encontra e suas necessidades. Ela tem sensibilidade para perceber situações de risco para a criança (como a possibilidade de violência física do pai) e busca protegê-lo.

Em um dos relatos emergiu a questão referente ao fato da mãe adolescente permanecer o tempo todo junto com a criança, inclusive na hora de dormir, ela e o filho não se separam.

Entende-se a importância inegável da presença constante de um cuidador principal, bem como do vínculo afetivo formado com a criança. Todavia, é de extrema importância que a criança também precisa ter o seu espaço e a construção da sua autonomia.

Limites são compreendidos como ações educativas com o intuito de gerar comportamentos socialmente aceitáveis (VERÍSSIMO et al., 2009). Sabe-se que o estabelecimento de limites configura-se como uma área de necessidade essenciais da criança que suscita conflitos ou controvérsias, visto que, ao mesmo tempo em que reconhecem a relevância de limites, as mães relatam dificuldades no estabelecimento destes, com momentos de superproteção e imposição de determinados cuidados (MELLO et al., 2014a). Diante dessa problemática, deve-se frisar a importância do cuidador reconhecer e respeitar as necessidades e características do desenvolvimento infantil (VERÍSSIMO et al., 2009).

A necessidade de a criança ter o seu espaço foi levantada no relato:

Ela dorme no berço dela, aí, de noite quando ela chora o pai dela pega ela e põe na nossa cama. Depois que amamentou ela, coloco ela no berço de novo porque ela está muito espaçosa e fica apertado para nós três dormirmos na mesma cama. Aí, eu ponho ela no berço. (E3 Mãe 18 anos; Criança 7 meses)

A fala retrata um cuidado protetor, mas que respeita o limite quanto à individualidade da mãe/casal e da criança. Deve-se salientar que colocar a criança para dormir junto com um adulto pode causar também danos físicos, como a possibilidade de acidentes/injúrias e até morte súbita, bem como distúrbios emocionais.

Colocar a criança para dormir junto com a mãe/casal, principalmente a menor de um ano de idade, pode resultar em situações de vulnerabilidade (MELLO et al., 2014a). Este fato aponta para a necessidade de aprimoramento do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil, o que traria contribuições para a segurança e autonomia da criança (MELLO et al., 2014a).

Buscando a construção e o aprimoramento do conhecimento materno, as equipes de Saúde da Família podem utilizar instrumentos facilitadores deste processo de aprendizagem, de acordo com as necessidades apresentadas pelas mães, com ênfase para o empoderamento familiar e comunitário, visando à promoção da saúde e da cidadania (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

Alguns outros cuidados cotidianos das crianças também são apontados pelas mães adolescentes:

Acho que dar frutas, comida certinha, saudável, é uma forma de proteger a criança. (E19 Mãe 18 anos; Criança 1 ano e 5 meses)

É preciso estar cuidando bem dele, dando banho certinho. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Todo mês eu levo ela para pesar. Esses dias atrás eu levei ela na pediatra para dar uma revisão geral nela, uma consulta de rotina, para ver como que ela estava, se ela estava bem. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Na visão dessas mães adolescentes, a alimentação, a higiene corporal e o acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento são elencados como importantes para o conforto e proteção da criança.

Tais aspectos estão em consonância com as necessidades essenciais que mantem e promovem a integridade física e fisiológica, bem como o conforto da criança (VERÍSSIMO et al., 2009).

As mães adolescentes expõem os cuidados necessários para a proteção da criança contra acidentes:

Agora, ultimamente, não está podendo dar nada para ela no copo. Tudo ela engasga, ela afoga. A banheira dela eu já estou enchendo menos, tem que ficar segurando ela. Ela tem mania de ficar batendo as mãos, abaixar a cabeça dentro da água, porque agora ela senta, ela quer abaixar a cabeça dentro da água. Aí, eu tenho que ficar de olho. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Na minha casa tem escada. Aí, quando eu estou lavando a louça eu tenho que colocar alguma coisa na beirada da escada para ela engatinhar na sala. [...] Esses dias, eu estava lavando a louça, aí, a minha mãe me ligou, e perguntou “Cadê a bebê?” e falei: ‘Está ali na sala’. A minha mãe sempre fala que eu tenho que ter muito cuidado com ela. Há alguns dias atrás ela quase caiu da cama. Minha mãe fala um monte para mim, porque na casa que eu moro tem escada, janela, e é perigoso. Ela disse que vai mandar colocar alguma proteção na escada e na janela para não acontecer nenhum acidente, para proteger ela. Eu ainda não coloquei ela no andador por causa da escada é muito perigoso, penso que pode acontecer alguma coisa e quero proteger ela, não quero que nada de ruim aconteça com ela. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Ele está quase andando. [...] a gente tem que ficar de olho, ele quer mexer em tudo, ele coloca tudo na boca, tem que ficar olhando toda hora porque senão machuca, tem que ficar de olho nele. Aqui em casa a gente já afastou todos os móveis, já encostamos os móveis para ele não subir, para ele não cair. Eu tiro o que pode levar ele a cair da frente. O bercinho também é um perigo, ele pode cair, aí, eu já levanto a grade, deixo o colchão bem lá em baixo. Na cama eu coloco travesseiro para ele não cair. A gente tem que tomar cuidado em tudo para ele não cair e machucar. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Eu tenho medo porque tudo que ela pega ela leva na boca. Eu comprei um produto de limpeza que tem soda, eu vou jogar esse produto fora, porque tenho medo, vai que ela pega. E tudo que ela pega ela põe na boca. E eu costumo limpar a casa e deixar o produto em um canto. E ela pode pegar. Então, vou jogar esse produto fora para proteger ela. (E20 Mãe 18 anos, Criança 1 ano)

Medidas para a prevenção de afogamentos, quedas, engasgamento e intoxicação são mencionadas pelas mães, que, conscientes dos riscos presentes no domicílio, relatam a necessidade de estar sempre atentas e criar estratégias para a não ocorrência de acidentes domésticos. Nas falas, pode-se observar que a família é citada como um suporte, auxiliando a adolescente a desempenhar um cuidado protetor.

As adequações nas estruturas físicas dos ambientes domésticos podem resultar em menor risco na ocorrência de acidentes (DANTAS et al., 2010). Essas orientações podem ser fornecidas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem (MODES; GAÍVA, 2013), em visitas domiciliares, grupos educativos ou outros atendimentos, edificando pontes educativas com os cuidadores da criança e ambientes mais seguros para o crescimento e desenvolvimento infantil (DANTAS et al., 2010; KENDRICK et al., 2013).

Destaca-se que com o paradigma da Proteção Integral a nova forma de tratamento da infância e adolescência está baseada em um modelo descentralizado, articulado e integrado, que busca a garantia de plenas condições de desenvolvimento pessoal à criança e ao adolescente (BRASIL, 2007b; OLIVA; KAUCHAKJE, 2009). Por conseguinte, as ações voltadas para a prevenção de acidentes na primeira infância devem ocorrer, de forma articulada, nos diferentes âmbitos de atenção à criança, e estabelecer parceria com as famílias (BRASIL, 2010a).

Quando a criança já consegue andar tem mais autonomia para explorar ambientes. Nesse momento, a mãe deve se atentar, entre outros, para riscos presentes fora do domicílio:

Acho que a família pode ajudar muito, pode me ajudar a olhar as crianças. [...] Meu menino já anda, vai para lá, vem para cá. Só que todo mundo fica de olho, se ele vai à rua, alguém fica olhando ele para que não tenha perigo com carro que passa. Aqui tem muita gente que ajuda, como minha mãe, minha tia e minha avó que está morando aqui agora. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Eu evito deixar ele na rua porque criança, eu penso, deve ser criada dentro de casa, porque fica mais saudável, fica menos exposta a riscos. Aí, eu procuro deixar ele sempre em casa, mas ele já gosta tanto de uma rua. (E15 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Semana passada eu e meu marido chegamos à conclusão que a gente precisa mudar daqui. Aqui é um lugar perigoso, um amigo nosso foi morto e a gente ficou muito abalado com isso.

Eu temo pela minha filha, crescer em um ambiente assim, sabe, acho que não ia fazer bem para ela, ela precisa viver em um local mais seguro, mais tranquilo. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Nos relatos maternos, a rua aparece como um ambiente que traz vulnerabilidades à criança e família, bem como na comunidade, podendo repercutir negativamente no desenvolvimento da criança. A violência é tomada como ponto de decisão para a mudança do local onde residem.

A contribuição do companheiro e de familiares na educação da criança foi mencionada:

Eles [familiares] podem ajudar na educação porque esse mundo está muito violento. É difícil educar a criança, ainda mais no mundo do jeito que está. (E3 Mãe 18 anos; Criança 7 meses)

Nós dois, eu e meu marido, a gente protege ela até demais. Assim, tudo que fazemos é pensando nela, no bem-estar dela. E a gente chega a um acordo na criação, na educação dela. Sempre tem um acordo entre nós dois. Ela passa mais tempo comigo por que ele fica trabalhando o dia inteiro, chega tarde. Nessa semana ele não está trabalhando, está em casa, e me ajuda bastante a cuidar dela. Os dois têm que cuidar dela. Eu acho que para proteger ela tem que ser nós dois mesmo, e temos que, antes de chegar a uma conclusão, sentar e conversar, decidir juntos. Isso a gente sempre fez, desde quando ela nasceu, tudo que vai fazer um tem que falar para o outro, conversar com o outro. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Diante de uma sociedade marcada por atos violentos, as mães adolescentes acreditam que os familiares possam ajudá-las a educar a criança, visando protegê-la da violência. Percebe-se, ainda, a parceria formada pelos pais no contexto da educação. Juntos, decidem a melhor forma de educar a filha, mostrando que possuem uma relação marcada pela participação e linearidade de poderes.

A contribuição financeira da família também é vista como apoio à mãe adolescente, ajudando no cuidado cotidiano da criança:

Minha mãe me ajuda financeiramente, me ajuda a comprar as coisas para ela, comida para ela. Meu pai também me ajuda, assim, a comprar as coisas para ela. (E1 Mãe 15 anos; Criança 6 meses)

A minha mãe é doida com ela, meu pai vem aqui em casa todo dia ver ela. Eles que ajudaram, eles que davam as coisas para ela, cada um fazia um pouquinho para ela. (E11 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Muitas adolescentes não estão inseridas no mercado de trabalho e não contam com o auxílio financeiro do pai de seu filho (BRAGA et al., 2014; DI STEFANO et al., 2011). Nesse contexto, a família é vista para exercer o papel de provedora, por meio da satisfação de determinadas necessidades, como alimentação, roupas, fraldas, material para higiene corporal, entre outros.

Sobre a relevância de satisfazer as necessidades da criança e garantir seus direitos, evidências demonstram que os ganhos conquistados por investimentos nos direitos da criança, possibilitando melhorias nas condições de nutrição, educação, cuidados à saúde e proteção na infância, tendem a ser maiores e mais duradouros do que os investimentos realizados em qualquer outra área de desenvolvimento (UNICEF, 2009). Dessa forma, os investimentos nos direitos da criança apresentam-se não apenas como uma responsabilidade, mas também como uma oportunidade (UNICEF, 2009).

Cuidar da criança e enfrentar dificuldades

Durante o cuidado cotidiano da criança, as mães adolescentes referem enfrentar dificuldades, com aspectos ligados ao despreparo e insegurança para desempenhar o cuidado, a determinados cuidados (banho, amamentação, introdução da alimentação complementar e cuidados com o coto umbilical), alguns problemas (cólicas, choro, ausência de sono noturno, prematuridade), ocorrência de tristeza após o parto, cansaço e sobrecarga de atividades. Algumas situações que envolvem ausência de uma rede de apoio também aparecem como dificultadoras para o cuidado.

Está sendo muito complicado cuidar dela, eu achei que era mais fácil. É minha primeira filha, então, está sendo muito complicado. [...]. Eu acho cuidar dela difícil, porque eu não tinha experiência. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

O cuidado cotidiano da criança é visto como sendo algo complicado e difícil de ser desempenhado. Nota-se uma posição negativa do ato de cuidar, relacionando-o com a inexperiência e o despreparo materno para o cuidado.

A maternidade na adolescência é um fenômeno complexo (OGIDO; SCHOR, 2012) e, apesar da existência de dificuldades no cuidado cotidiano com a criança, essas tendem a ser menores quando as adolescentes já vivenciaram a experiência de cuidado com outras crianças (SOARES; LOPES, 2011).

Todavia, algumas adolescentes que possuíam experiência prévia no cuidado de crianças referem que cuidar do próprio filho é uma experiência nova, devido ao vínculo e a responsabilidade contínua (RESTA et al., 2010).

Por ocasionar medos nas mães adolescentes, alguns cuidados, como dar o banho e lidar com o coto umbilical, bem como com as situações de prematuridade, podem resultar em dificuldades no desempenho do cuidado cotidiano da criança:

Tive mais dificuldade na hora de dar banho. [...]. Ele era muito pequenininho e eu ficava até com medo de machucar ele, tadinho. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

A única coisa que eu fiquei com medo foi do umbigo. No dia que o umbigo dela caiu eu fiquei tão assustada que até chorei [risos]. Eu falei: 'Meu Deus do céu!'. Demorou muito tempo para o umbigo dela cair, demorou treze dias para o umbigo cair. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Da mais nova foi difícil, nossa, na gravidez dela eu passei mal demais. Ela nasceu prematura, de oito meses, eu passei mal demais, eu fiquei internada. Aí, dela eu tive mais medo na hora de cuidar, dela eu tive mais medo. [...]. A médica falou que de oito meses era muito perigoso, aí, me dava medo até de cuidar dela, mas eu fui indo. (E7 Mãe 16 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 1 ano e 3 meses)

Os relatos mostram aspectos que podem ser mais explorados pelos profissionais de saúde no acompanhamento da saúde das crianças, buscando conversar e orientar as mães sobre o cuidado cotidiano e superação de medos e fragilidades das crianças, com apoio para incrementar a confiança materna. Tais aspectos sugerem destacar que o medo pode prejudicar a saúde infantil e as habilidades maternas.

A insegurança, o medo de não saber cuidar, a preocupação em compreender o significado das expressões corporais e do choro da criança aparecem como dificuldades vivenciadas pelas mães adolescentes, apontando a necessidade de acolhida materna (MERINO et al., 2013; MESQUITA et al., 2011). Em função disso, o cuidado do filho é vislumbrado pelas adolescentes “como uma busca pela superação e afirmação da condição de mãe” (MESQUITA et al., 2011, p. 481).

Estudo aponta que as orientações fornecidas por profissionais de saúde auxiliam as mães adolescentes no desempenho do cuidado do bebê (DI STEFANO et al., 2011). Assim, a implementação de práticas educativas, com respeito às singularidades de cada mãe e facilidades ao aprendizado, auxiliam na superação de medos e no estabelecimento de maior segurança para o cuidado com o bebê (CARVALHÊDO et al., 2010). Ainda, é preciso frisar que a educação em saúde, que auxilia a mãe a construir e ampliar suas habilidades maternas,

configura-se como fundamental para a socialização do cuidado humano (CARVALHÊDO et al., 2010).

As mães adolescentes também mencionaram dificuldades relacionadas à amamentação, com a demora na apojadura, ocorrência de fissuras mamilares, interrupção ou baixa produção de leite, mamilo plano, manejo do desmame e ocorrência de anemia.

Mais complicado foi quando o leite ainda não tinha descido. Ele chorava muito, ele ficava com fome, e de noite ele não dormia direito. [...]. Demorou três dias para o meu leite descer. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu tive dificuldades para amamentar. A minha filha desmamou com três meses, eu tinha pouco leite e ela desmamou, daí dei o leite NAN. Com o meu filho aconteceu a mesma coisa, eu tinha pouco leite, ele ficava nervoso porque não ficava satisfeito com o meu leite. Aí, eu também ficava nervosa, e quando ele fez três meses, também desmamou, e começou a tomar o leite NAN. Mas, a minha mama não teve outro problema não, não tive rachaduras, nada disso, o problema era o pouco leite mesmo. (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

Amamentei praticamente três semanas. [...]. Meu leite estava muito ralo, não estava sustentando ele. Meu leite estava assim por causa da anemia, me deu anemia e meu leite raleou, não estava sustentando ele. Aí, não teve condição de eu continuar amamentando. Eu dava e parece que não sustentava, ele queria mamar de novo, não estava sustentando. (E15 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Até três meses eu amamentei ela. Com três meses eu passei uma raiva muito grande, e o meu leite secou. E eu também não tinha o biquinho do peito, ele é plano, e era muito difícil amamentar ela. Aí, ela mamou até três meses no peito, depois meu leite secou e eu comecei a dar mamadeira com leite de caixinha, esse leite que a gente toma mesmo, e está até hoje bebendo dele. E é leite puro, eu não coloco açúcar, nem farinha. [...]. Uma vez eu comecei a dar aquele Mucilon só que prendeu demais o intestino dela. Ela chorava de dor. Aí eu parei, continuei só no leite puro mesmo, porque desse jeito deu certo. E ela sustenta com leite puro. Ela mama um litro de leite por dia. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

As situações retratam dificuldades no manejo com a criança na amamentação, para saciar a fome, controlar o choro e equilibrar o sono. Nota-se que o desmame precoce pode resultar na utilização de um leite não adequado para a idade da criança, que pode causar prejuízos para a saúde infantil.

A relação entre amamentação e noção de baixa produção de leite ou leite fraco é relativamente comum entre as mães, principalmente as primíparas (BRASIL, 2011b; CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013). Estes aspectos aparecem como entraves para o sucesso da duração do aleitamento materno.

Intercorrências na amamentação como as fissuras mamilares, bem como o manejo do desmame e o desgaste físico materno também podem ocorrer:

O meu seio feriu muito, e ele não pegava, ele tinha a boquinha muito pequeninha e não dava conta de pegar certo o bico do peito. Então, no começo foi difícil. Eu fiquei três meses tentando amamentar ele, e o peito ferido. E eu queria muito amamentar ele. Aí, eu consegui, e agora estou tentando desmamar. E está difícil desmamar ele também. (E14 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Eu amamentei meu menino até sete meses. [...]. Eu que desmamei ele, eu estava muito magra, não estava aguentando. Nossa, olha a magreza que eu estou! E do meu menino eu fiquei pior, mais magra ainda. Ele mamava muito. E eu ainda amamento ela. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Situações para lidar com o início da amamentação, garantir sua duração e depois manejar o desmame não se mostram fáceis para as mães.

Em todas as situações de dificuldades apresentadas, no que concerne a amamentação, não houve referência à contribuição dos profissionais de saúde no enfrentamento. Essa lacuna é destacada na fala:

Eu não tive orientação de nenhum profissional, e também eu fui desanimando, sabe? O meu bebê chorava muito, e eu ficava nervosa com aquilo, ele estava com fome e o meu leite não sustentava porque produzia pouco leite, aí desanimei de amamentar e comecei a dar o outro leite [aleitamento artificial]. (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

No âmbito do aleitamento materno, as atitudes e as formas de interação do profissional de saúde com as mulheres precisam ser repensadas, buscando o conhecimento das singularidades de cada mulher referentes à amamentação, a criação de vínculo desde o pré-natal e o preparo para o aleitamento, bem como a troca de experiências e conhecimentos para decisões compartilhadas (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Assim, indo ao encontro dos princípios da promoção da saúde infantil, ainda se fazem necessários aprimoramentos na prática assistencial, para que a APS possa, realmente, oferecer um cuidado na qualidade que se propõe (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A introdução da alimentação complementar é visto como um momento delicado:

Nossa, eu achei um pouco difícil na hora de começar a dar papinha para ela, na hora de preparar sabe? (E4 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 3 meses)

Foi bem complicado na hora de dar papinha porque ela é bem enjoada para comer. Ela não gosta de papinha. Agora que ela está comendo papinha. Ela trocou, agora, ela não gosta de

arroz e antes ela gostava. Você põe arroz e ela gospe, não gosta de jeito nenhum. Minha avó falou que eu tenho que insistir com ela, porque senão ela vai ficar grande e não vai comer arroz. Ela gosta só de caldo de feijão, só caldinho de feijão. Se você põe a carne ela não come, se você põe uma verdura ela não come, é assim. [...] Mas, agora, as verduras e os legumes eu faço ela comer, insisto até ela comer, o arroz que não tem jeito mesmo. Eu amasso bastante a batata, a abobrinha, aí ela come. Mas, se por arroz, aí ela joga tudo fora. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

A introdução da alimentação complementar, no tocante ao preparo dos alimentos e à aceitação da criança, aparece como momento de dificuldade no cuidado, na oferta de novos alimentos e no estabelecimento de limites.

A etapa de introdução da alimentação complementar é crítica, havendo prejuízos para a saúde infantil caso ocorra inclusão antecipada ou inadequada de alimentos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Diante dessa problemática, os profissionais de saúde, por meio da identificação precoce de vulnerabilidades para o cuidado e apoio à mãe adolescente na busca de superação das dificuldades, podem contribuir para o desenvolvimento da criança, favorecendo o processo interativo mãe-bebê (MELO; SCHERMANN, 2012).

Considerando que a família possui papel decisivo na formação de um padrão de comportamento alimentar, cabe destacar também que profissionais de saúde devem orientar tanto os cuidadores no tocante às práticas de alimentação complementar adequadas, quanto as ações governamentais, com o objetivo de defender à saúde infantil e otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Destarte, um amplo escopo de ações que contemplam a introdução de alimentação complementar de qualidade, em tempo oportuno, pode trazer contribuições para a construção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, sendo fundamental para a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2010c).

Outro aspecto de extrema importância é a ocorrência de tristeza após o parto:

Eu cheguei em casa e no primeiro dia foi tudo bem. Mas, sabe quando você chega em um lugar e começa a pensar que vai ficar lá sozinha, não me sentia bem sozinha, então começou assim. No outro dia, de manhã, meu marido acordou e foi trabalhar. Eu levantei, tinha umas roupinhas dela sujas, eu havia trocado ela à noite. [...] Então, eu fui lavar as roupinhas dela, levantei e lavei as roupinhas dela. Nisso, ela ficou no quarto dormindo no berço. Aí, ela acordou e começou a chorar. [...] Eu fui no quarto, olhei nela assim, sabe quando você olha na criança e não sente vontade de pegar ela, não sente vontade de ter ela perto de você? Aconteceu desse jeito. Ela ficou chorando, chorando, chorou um tempão. E eu vim e sentei aqui no sofá. E fiquei sentada aqui e ela lá no quarto chorando. Quando eu fui lá no quarto ela já estava com a boca até roxa de tanto chorar. Aí eu pensei: 'Tenho que pegar ela, ela é minha filha'. Peguei ela, amamenteei ela, mas, não querendo, sabe? Não querendo pegar, amamentar ela. Eu comecei a chorar, chorei muito. E fiquei chorando. Quando meu marido

chegou, ficou preocupado comigo, queria saber por que eu estava chorando sem parar. Aí, eu falei para ele que não sabia o porquê, não conseguia explicar porque estava acontecendo aquilo comigo. Mais de noitinha a minha avó estava no quarto com meu marido. Eu estava longe, não conseguia ficar perto dela, olhando para ela. Estava sentada aqui na sala e a avó do meu marido me ligou. Falando com ela eu comecei a chorar, e ela queria saber o porquê daquele choro. Conversava com ela e chorava. E ela queria saber o porquê do choro. Aí eu falei: 'Não sei o que está acontecendo comigo, não sei por que eu estou chorando tanto, tem horas que eu não sinto vontade de pegar minha filha, não sei o que está acontecendo comigo. Eu não quero ficar com ela aqui'. Ela ficou muito preocupada, saiu do bairro que ela mora, que é muito longe daqui, do outro lado da cidade, e veio aqui me buscar. [...] Eu cheguei lá na casa dela e estava cheio de gente. Quando eu vi aquele monte de gente me senti melhor, parece que a tristeza passou um pouco. No outro dia já estava melhor, e aquela angustia parece que foi passando com os dias. Eu fiquei lá na casa dela o resto do meu resguardo. Depois eu voltei para minha casa e foi difícil acostumar a ficar sozinha com ela, só nós duas aqui em casa o dia todo. Falar que eu acostumei com ela faz pouco tempo, aceitar, falar: 'Ela é minha filha'. Isso faz pouco tempo, essa aceitação aconteceu faz pouco tempo. Mas, agora, para mim já está tudo bem. Hoje eu não consigo é ficar longe dela. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

A ambivalência de sentimentos com relação à criança, saber da necessidade de exercer o papel materno e de cuidar da criança, mas não conseguir compreender, causa imenso sofrimento e angústia na mãe adolescente.

Ao deparar-se com os sentimentos de rejeição para com a filha, a mãe adolescente sofre porque não consegue atender ao ideal materno, construído socialmente, em que a maternidade é denotada como sinônimo de amor, carinho e afeto (RESTA et al., 2010). Percebe-se que um longo caminho foi percorrido pela adolescente, que contou com a ajuda dos familiares e do companheiro, até a aceitação da criança, que passa a assumir papel central na sua vida.

Para a promoção da saúde mental das mães adolescentes são necessários profissionais habilitados para o manejo dos aspectos emocionais que envolvem a maternidade precoce (ROSSETO; SCHERMANN; BÉRIA, 2014). A utilização de uma escuta atenciosa e aberta, da parte dos profissionais, desde o pré-natal, também contribui para o alívio de muitas tensões emocionais das mães (BRASIL, 2010a).

Por vezes, as adolescentes sentem sobrecarga de atividades e cansaço:

Ele mesmo não me deixa fazer nada, ele gosta muito de atenção, que a gente fique com atenção nele. Aí, é só deixar ele no carrinho, brincando, e ele já começa a chamar, já começa a chorar se a gente não atende ao chamado dele. Não dá para fazer nada. [...]. Ele acaba com as nossas energias e ainda tem metade da energia dele. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Cansa muito, além de olhar minhas duas crianças, ainda tenho que dar conta do serviço da casa, arrumar tudo, porque minha mãe chega e quer ver tudo limpinho, as crianças bem cuidadas e a casa limpa. [...] A minha mãe é muito rígida, ela fala que eu tenho que cuidar muito bem das crianças. (E6 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 9 meses, 8 meses)

Conciliar o cuidado cotidiano com os afazeres domésticos não se configura como uma tarefa fácil para essas mães, que ressaltam a sobrecarga de atividades e o prejuízo que pode trazer para o seu desempenho de cuidar da criança.

Além disso, quando as mães se sentem sozinhas para prestar cuidados à criança e realizar atividades domésticas podem emergir sentimentos de desamparo e decepção (SIMIONI; GEIB, 2008).

Problemas comuns da criança como as cólicas, o choro e a ausência de sono noturno são exemplos que emergem como dificultadores do cuidado:

O meu filho mais velho foi até fácil cuidar dele, ele não chorava muito, dormia mais de noite. Já a minha filha mais nova é mais complicado. Ela chora demais, ela é mais nervosa, nossa! Ela chora demais, ela dorme onze, meia noite. Ontem, ela foi dormir era uma hora da manhã. Não é difícil não, mas a gente tem que ter ajuda, porque se a gente for sozinha não dá conta não. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Ela trocava o dia pela noite. Aí, todo mundo me falava que era para eu colocar ela, durante o dia, para a cabeceira da cama, e a noite trocar ela, que assim, ela iria virar o sono. Aí, ficou nisso uns três meses mais ou menos. [...] Eu ficava a noite inteira acordada com ela. Era só eu, ficava cansada. Eu pegava ela, amamentava, e ela ficava acordadinha me olhando querendo brincar de noite. Eu levantava da cama e ficava brincando com ela. Depois de uns três meses, quando ela tinha uns três meses mais ou menos que ela foi dormir certinho, dormir a noite inteira, e ficar acordadinha de dia. [...] Dor no ouvidinho ela só teve uma vez, uma noite, aí ela ficou a noite inteira acordada com dor no ouvidinho e eu não sabia o que era. Eu colocava a toalhinha no ouvidinho dela, tentava fazer ela dormir, mas, ela ficou a noite inteira acordada chorosa, eu não sabia o que ela tinha, não sabia o que era. Depois que eu fui ficar sabendo que talvez fosse o ouvidinho dela que estivesse doendo, mas depois ela não teve isso mais não. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu passei três meses acordada por causa de cólica. Aí, eu passei um mês, depois eu falei para o meu marido que eu não aguentava mais. Aí, a gente começou a revezar. Ele ia até a meia noite e eu ficava o resto da noite, ou eu ai até a meia noite e ele ficava o resto da noite. A gente fazia assim. [...] Eu dava bastante chá de funcho para ela, esse povo antigo fala que é bom dar chá de funcho para aliviar a cólica. Aí eu dava. [...]. Nossa, eu ficava bastante cansada. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

Situações de choro da criança, cólicas, interrupção do sono e algumas intercorrências exige esforço das mães e família, podendo ser visto como dificultadores no processo de cuidar.

O universo que envolve o cuidado de um novo ser exige a incorporação de alterações na rotina dos pais, principalmente de sono e repouso, para suprir as necessidades e exigências dos bebês (mamadas sem horários definidos, choro, dores, troca de fraldas, entre outras) (MERINO et al., 2013). Assim, pontua-se a relevância do profissional de saúde preparar as adolescentes para as possíveis dificuldades que elas possam enfrentar no cuidado cotidiano, como as intercorrências nos primeiros meses de vida da criança, aconselhando-as desde o pré-natal, desfazendo mitos, e portando-se como uma fonte de suporte (MELO; SCHERMANN, 2012; ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Outro aspecto interessante de mencionar diz respeito a que cada criança possui um temperamento, visto como “uma variável da pessoa que interage com variáveis ambientais e pode assim influenciar as trajetórias de desenvolvimento da criança” (KLEIN; LINHARES, 2010, p. 821).

Ainda, é necessário respeitar as diferenças e singularidades, para que o cuidado desempenhado possa atender as necessidades e particularidades de cada criança e família.

Para lidar com dificuldades, as mães mencionam a importância de contar com o apoio de outras pessoas no cuidado, com troca de horários e revezamento do cuidador, particularmente no horário noturno. Nos episódios de cólicas, com uso de chás para o alívio da dor, não é relatada alguma ligação com os serviços de saúde, podendo caracterizar certa fragilidade em estar acompanhando a criança e identificando demandas e soluções.

A ausência ou pouca participação do pai também é relatada pelas mães adolescentes, com dificuldades tanto no cuidado cotidiano da criança quanto no auxílio financeiro:

O pai dele não trabalha, ele também é de menor. Mas, eu e a minha família cuidamos dele, não precisa de pensão do pai não. Acho, assim, se tivessem de dar a pensão, ajudar a gente, já deveriam ter começado, porque eles [a família do pai da criança] sabem que não é fácil cuidar de um filho, a mãe dele já deveria ter começado a ajudar, mas não. Aí, deixa para lá, eu não me importo não. Depois eu vou começar a trabalhar também, vai ficar mais fácil para dar as coisas para ele, para cuidar dele, sustentar ele. (E2 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 11 meses)

O pai dele mal ajuda, entendeu? Ele não dá assistência para o menino de jeito nenhum. [...]. Ele só dá a pensão, e foi até julgado na justiça que ele teria que ficar com nosso filho na sexta, sábado e domingo, mas eles [o pai e a família do pai] não querem ficar com ele. [...]. O pai dele não tem jeito mesmo, dá pensão, e dá essa pensão porque é obrigado, porque se ele não fosse obrigado não dava nem pensão. Ele está pouco se lixando para o filho. (E8 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 6 meses)

Há certo reconhecimento de que o pai e a família paterna poderiam ser mais colaborativos. Nesses casos, há uma sobrecarga da mãe adolescente e da família materna, que buscam recursos para suprir a carência afetiva e/ou financeira ocasionada pela ausência ou pouca participação paterna no cuidado cotidiano da criança.

Destaca-se o papel da família que colabora de diversas formas para a satisfação de necessidades e proteção da criança e apoio à mãe/pai adolescente.

O paradigma emergente na saúde tem a família como objeto de cuidado e busca compreender a lógica interna e os modos da família viver, conviver e cuidar (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011). No que se refere ao cuidado familiar, processo apreendido e construído pela família, indubitavelmente, suas dimensões psíquicas e biossocioculturais estão presentes em diversos cenários de atenção à saúde da criança (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011). Tendo em vista que o cuidado familiar é fortalecido pela rede de suporte social, vê-se a necessidade de abordagens permeadas pela relação de confiança e pelo processo participativo, baseadas na integralidade do cuidado e na interação entre sujeitos, famílias e profissionais de saúde (LEANDRO; CHRISTOFFEL, 2011).

No âmbito da saúde, os profissionais precisam ter uma proximidade com as mães e famílias, buscando a realização de ações para apoiá-las na construção de conhecimentos e habilidades para atender as necessidades essenciais das crianças, promover o desenvolvimento na primeira infância, garantir os direitos infantis e, nesse processo, ampliar conhecimentos e experiências para sua própria vida.

A saúde da criança e a defesa de seus direitos

Neste tema os resultados traduzem preocupações, lacunas e ações ora favoráveis, oram limitantes para um cuidado ampliado e em defesa da criança, organizados nos seguintes subtemas: **Viver com saúde: responsabilidade, proteção e direito; As práticas de saúde para a defesa da criança; Lacunas para a garantia do direito à saúde da criança.**

Viver com saúde: responsabilidade, proteção e direito

Nos relatos maternos, notam-se aspectos positivos para o bem estar da criança, estabelecendo uma interface entre direito à saúde e ausência de doenças. Ainda, apontam a importância da responsabilidade da família.

Eu penso assim que é ela não ficar doente, viver com saúde, e isso é muito bom! Criança doente é muito ruim, a mãe sofre junto, a família sofre. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Eu penso que ela tem direito de viver com saúde, que é um direito dela mesmo. A família pode dar o máximo para ela ter saúde. [...] Acompanhar certinho, indo nos médicos, levando ela para pesar, quando tiver uma gripinha levar ao médico, não dar remédios para ela sem indicação médica. (E10 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

O conceito de saúde é complexo, amplo e polissêmico, podendo assumir diferentes significados de acordo com o contexto social em que é abordado (GERMANI; AITH, 2013; OLIVEIRA; BEITHUM; LIMA, 2011). O direito à saúde, compreendido como pressuposto lógico para o exercício dos demais direitos fundamentais, implica no dever estatal de garantir às crianças e suas famílias acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas (GERMANI; AITH, 2013; OLIVEIRA; BEITHUM; LIMA, 2011). Assim, o reconhecimento da saúde como um direito fundamental possibilitou relevantes avanços para a promoção da saúde (GERMANI; AITH, 2013).

A família exerce relevante papel no âmbito da garantia do direito à saúde da criança. Para tanto, precisa ser fortalecida, estimulada e empoderada, para que possa realizar um cuidado protetor da saúde infantil (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012; NEVES; SILVEIRA, 2013; VENTURA et al., 2012).

Um olhar mais abrangente sobre o direito à saúde da criança, vinculando-o com o cuidado protetor, com ênfase para a promoção da alimentação saudável e garantia de um ambiente seguro, pode ser evidenciado nos relatos maternos:

Eu penso em tudo, assim, para as minhas crianças terem direito à saúde, eu penso que a gente tem que cuidar direitinho delas, cuidar direito, olhar para não deixar acontecer nada de ruim, para não deixar eles machucarem. [...] Tem que cuidar porque saúde é tudo. (E9 Mãe 17 anos; Crianças 2 anos e 11 meses, 6 meses)

Eu penso que é um direito dela, que a gente tem que fazer o possível para que ela seja uma criança saudável. [...] Assim, dando um alimento melhor para ela, dando bastante coisa saudável para ela, para ela viver com saúde. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

Considerando as potencialidades da família para o cuidado protetor, os profissionais de saúde devem elevar a posição da família nas interações mediante o compartilhamento de

saberes e a construção de planos de corresponsabilização, que vão em direção oposta às vulnerabilidades sociais, individuais e institucionais (MELLO et al., 2014a).

O direito à saúde também foi representado como um direito social, que deve ser desfrutado por toda e qualquer criança. No âmbito da saúde as mães apontam preocupação com a qualidade da assistência:

Acredito que toda criança tem direito de viver com saúde. [...] E para garantir esse direito acho que tem que ter mais médicos de qualidade. (E18 Mãe 16 anos; Criança 11 meses)

O direito que ele tem à saúde é assim, se ele passar mal, acho que ele tem o direito a um lugar para atender ele, o mais rápido possível porque ele é uma criança e a saúde dele é mais fraca. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Eu penso que é um direito dela, é certo, ela tem que viver com saúde. [...] Para garantir esse direito para ela é preciso cuidar dela, e eu cuido dela, eu acredito que eu cuido dela muito bem. Quando está com alguma coisinha eu sempre estou cuidando, estou procurando ajudar do pessoal do postinho [USF]. Eu vivo para ela, ela é uma prioridade para mim. (E17 Mãe 17 anos; Criança 9 meses)

Há também uma preocupação com a criança, no que diz respeito à necessidade de priorização, seja nos serviços de saúde ou no ambiente doméstico, devido a sua fragilidade.

A saúde entendida como um direito de todos e um dever do Estado é uma proposta mais acentuada a partir da criação do SUS, que ampliou a concepção de saúde, reconhecendo seus determinantes sociais e relacionando à qualidade de vida (VENTURA et al., 2012). Com o ECA e o reconhecimento da necessidade de proteção integral à criança, o direito à saúde na infância foi acrescido de novas características (OLIVEIRA; BEITHUM; LIMA, 2011) e ganhou contornos mais abrangentes.

Contudo, é preciso salientar que o direito vai além da existência de leis e do monopólio estatal, sendo um processo de construção social (VENTURA et al., 2012). Postula-se, então, que é preciso converter “o discurso do direito na prática do direito no cotidiano das políticas, projetos e instituições” (LEITE, 2012, p. 101). Nesse cenário, buscando a garantia do direito à saúde, é necessária a participação de diversos segmentos sociais, bem como o estabelecimento de sinergias e aproximação entre saberes e as práticas (PINHEIRO; ASENSI, 2010).

Os relatos maternos não relacionaram diretamente o direito à saúde na infância às legislações existentes, bem como o papel do Estado na garantia desse direito. O direito à

saúde esteve vinculado, predominantemente, às ações dos serviços de saúde e aos cuidados maternos e familiares.

Ações intersetoriais, reconhecendo a amplitude e complexidade do processo saúde-doença, assim como a formação de parcerias entre os serviços de saúde e as famílias, não foram mencionadas por essas mães, no contexto do direito à saúde na infância. Tais aspectos sugerem certos limites para advogar em prol da saúde da criança.

As práticas de saúde para a defesa da criança

As práticas de saúde e as ações profissionais vistas pelas mães adolescentes mostraram-se favoráveis, de certo modo, ao exercício da defesa da saúde da criança, de acordo com as necessidades e vulnerabilidades encontradas.

O pessoal do PSF dá muita atenção para ele, eles contribuem bastante para a saúde dele. [...]. Também na pesagem a gente fica sabendo como que a criança está, se está baixo peso, o que é preciso para melhorar, se está gordo, se está magro. [...] a enfermeira dá orientação para a gente. [...]. Lá no PSF o atendimento é assim. Teve um dia que eu passei pelo nutricionista também, ele me passou um papel com algumas coisas que eu tinha que dar para o meu filho, porque ele está quase com baixo peso. A gente passa pela enfermeira, e, se precisar, passa no médico e no nutricionista. (E13 Mãe 16 anos; Criança 6 meses)

Compreende-se que a puericultura é um momento que possibilita o acompanhamento do binômio mãe-filho, a troca de experiências e a formação de parceria com a mãe para um cuidado protetor à criança, que promova a saúde e a qualidade de vida infantil (VASCONCELOS et al., 2012).

O papel de mediador da atenção à criança, exercido pelo enfermeiro, pode ser vislumbrado. Deve-se pontuar que o enfermeiro é um profissional que possui grande potencial para a defesa do direito à saúde, devido aos seus conhecimentos, habilidades e possibilidades de advogar pelos usuários, bem como de reconhecer a atuação de outros profissionais da área (VENTURA et al., 2012). Logo, o enfermeiro, por meio da formação de alianças, também pode fortalecer o exercício da cidadania das pessoas (VENTURA et al., 2012).

Outra prática apontada pelas mães adolescentes é a visita domiciliária, com a possibilidade de atitudes de defesa dos profissionais da equipe, com destaque para a figura do ACS que identifica situações de vulnerabilidade para a saúde infantil (alimentação inadequada, acometimento por alguma doença) e busca orientar a mãe, incentivando-a a proteger a saúde da criança:

O pessoal do PSF faz visita aqui em casa. Quase toda semana as meninas [ACS] vêm aqui em casa para ver como que ele está, avisam sobre campanhas de vacina, elas sempre estão vindo aqui, avisando, orientando. [...] quando ele está com gripe, doentinho, elas orientam a gente a ir lá ao posto [USF] para consultar, para ver o que ele tem, passar o remédio certo, elas ajudam bastante. (E15 Mãe 16 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

Agora que ela está crescendo ela está parando de comer as coisas, só gosta do caldo de feijão mesmo. A agente [ACS] disse que eu tenho que levar ela na nutricionista para ver isso direito, porque ela tem que comer outros alimentos, não pode ficar só no caldo de feijão. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

A visita domiciliária, prática que possui a família como unidade fulcral de atenção, favorece a aproximação e a construção de novas relações entre usuários e profissionais, bem como o acesso às ações e serviços de saúde (CRUZ; BOURGET, 2010).

Tendo em vista que a atenção à saúde da criança implica maior interação com a família, as ações de visita domiciliária, desenvolvidas principalmente pelos ACS, favorecem a orientação comunitária no âmbito da ESF, facilitando o acompanhamento e a vigilância à saúde infantil (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Atitudes de defesa exercidas por profissionais da saúde, que atuam no âmbito hospitalar, também foram identificadas e ressaltam a importância do reconhecimento das necessidades da criança com prontidão, acesso e especificidade da atenção:

Quando ela deu parada respiratória ela estava na pediatria, uma doutora estava cuidando dela. Eu falei para doutora que ela estava quietinha, que ela não estava bem. A doutora esperou minha filha dar parada respiratória dentro da Santa Casa. Aí, depois chegou outro doutor, que é o pediatra que eu faço acompanhamento até hoje. Ele veio e falou que ia subir ela para a UTI, que na pediatria não era lugar para ela ficar, que não sabia o que ela estava fazendo na pediatria. Porque se ela tivesse ficado na pediatria, o pessoal de lá não dava conta dela. Nesse momento ele me ajudou bastante. Aí, esse pediatra acompanha ela, fala o que ela pode, o que ela não pode, me orienta muito, me dá muita segurança. [...] Se não fosse por ele eu já tinha perdido ela. (E11 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

As atitudes de defesa pela saúde da criança devem englobar uma multiplicidade de fatores, tendo em vista a amplitude da compreensão do processo saúde-doença, o exercício da advocacia em saúde pelos profissionais de saúde, seja ele enfermeiro, médico ou outros, bem como desenvolver um processo de comunicação para a criação de parcerias com todos os segmentos que se fizerem necessários para a garantia do direito à saúde (ANDRADE et al., 2011).

Todavia, no presente estudo, percebeu-se que a realização de parcerias com outros mecanismos e setores sociais se mostrou frágil, o que requer uma reorientação das práticas assistenciais e o trabalho em rede, possibilitando fortalecimento da atenção a clientela infantil.

Os aspectos mencionados mostram as preocupações das mães adolescentes que vislumbram nas ações profissionais um potencial para agir em defesa da saúde da criança, com base em um olhar sensível e uma prática comprometida, buscando identificar demandas e vulnerabilidades, acesso às condutas necessárias, assim como estabelecer espaços de diálogo.

Lacunas para a garantia do direito à saúde da criança

Os relatos maternos apontam lacunas que ocorrem no pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, mostrando certas fragilidades para a garantia do direito à saúde na infância.

Em se tratando de uma gestante adolescente, a captação pode ser dificultada, tendo em vista que algumas adolescentes, por insegurança e medo, por exemplo, da reação dos pais, omitem a gestação, retardando o início do acompanhamento pré-natal:

Eu não fiz pré-natal. Quando eu contei que estava grávida para minha mãe eu já estava de cinco meses. Aí, depois eu fiz dois ultrassons. E eu ganhei ela de sete meses de gestação. (E11 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 2 meses)

É importante destacar que há associação entre prematuridade e baixo número de consultas de pré-natal (menos de 04 consultas), sendo que, nesses casos, a gestante possui chance três vezes maior de ter um bebê prematuro (MARTINS et al., 2011). Indubitavelmente, a qualidade na assistência pré-natal, buscando a promoção da saúde materno-infantil e a prevenção de riscos associados à gestação e ao período neonatal, por meio da identificação precoce de situações de vulnerabilidade, auxilia na redução da morbimortalidade materna e neonatal (SANTOS et al., 2014).

Considerando a relevância do acompanhamento pré-natal para mães e crianças, torna-se preciso a adoção de políticas direcionadas para o esclarecimento da importância do início precoce das consultas de pré-natal com profissionais qualificados para atender adequadamente as gestantes adolescentes (MARTINS et al., 2011).

Embora algumas práticas sejam vistas como protetoras, há situações com entraves, particularmente quanto ao atendimento oferecido nos serviços de saúde, com restrições para abarcar as necessidades de mães e crianças:

Eu chego lá, ele [enfermeiro] anota no caderninho, deita ela, mede, o tamanho [comprimento], a cabeça [perímetro cefálico], aqui na barriga [perímetro torácico], e depois pesa ela. [...]. Mas, assim, não dá orientação, só fala que ela está no peso normal ou se ela não está. (E4 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 3 meses)

Eu faço acompanhamento dela no PSF, levo para pesar, para medir. [...] Eu tinha que levar na segunda semana de fevereiro, mas ela está na creche. (E12 Mãe 15 anos; Criança 9 meses)

Após o nascimento e alta hospitalar, a equipe de Saúde da Família (SF), buscando atenção integral à saúde infantil, inicia o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Destaca-se que a puericultura não deve se restringir apenas a mensuração de dados antropométricos. No contexto da defesa do direito à saúde da criança, deve ser entendida como um momento de cuidado particularizado, em que ocorre a avaliação da criança, estendendo o olhar à mãe e ao entorno familiar, o que enseja a identificação de vulnerabilidades e a promoção do acesso às condutas necessárias (ANDRADE et al., 2013a).

Ressalta-se que quando a criança se encontra na creche há dificuldades para o comparecimento à puericultura. Diante disso, a equipe de SF deve pensar em alternativas, considerando as necessidades dessa clientela.

A dificuldade de acesso a atendimentos, exames e medicamentos aponta para fragilidades do sistema de saúde local, o que expõem as crianças a diversas situações de vulnerabilidade:

É muito difícil ela [médica da USF] atender criança, ela manda para o pediatra. E pediatra está difícil conseguir. Lá em cima [ambulatório] está muito difícil conseguir ficha para pediatra. Toda vez que você vai lá, ou não tem vaga, ou o médico faltou, toda vez é isso. [...] Muita gente procura o pediatra lá e não tem vaga para todo mundo. Então, sempre fica criança sem ser atendida, e precisando ser atendida. [...] Teve uma vez que inflamou a garganta da minha filha, ela estava com muita febre e mesmo assim eu não consegui vaga. Aí, eu tive que levar ela lá no Pronto Socorro. (E20 Mãe 18 anos; Criança 1 ano)

Ele estava com sopro no coração [...] O exame [ecocardiograma], se nós estivéssemos esperando pelo SUS, não teria saído até hoje, a gente teve que pagar. [...] Então, para marcar exame é complicado. Os dois exames que ele fez foram ganhos, porque, se fosse para eu e o meu marido pagar a gente não tinha condições. [...] Já faz sete meses que o pedido de exame está na fila para marcar e não marcou até hoje. [...]. A primeira consulta com a cardiologista infantil a gente pagou porque iria demorar a sair. A consulta, pelo SUS,

nós pedimos com um mês de vida e saiu com quatro meses. [...] Então, tem muita coisa que é deixada de lado e isso tem que melhorar, para dar prosseguimento, para olhar a criança. (E5 Mãe 16 anos; Criança 8 meses)

Remédio também, você quer ir lá para pegar uma vitamina, uma coisa assim, não tem ou acabou. Pedem para ir na sexta-feira, você vai e o que chegou já acabou, não tem mais. Igual, ela está com uma alergia, é tipo uma alergia, aí a pomada que precisa passar, toda vez que eu vou lá não tem. (E3 Mãe 18 anos; Criança 7 meses)

As fragmentações nos serviços de atenção à saúde e nas relações profissionais expõem a criança a vulnerabilidades, pois suas necessidades deixam de ser atendidas integralmente (ANDRADE et al., 2013b). Face a essas questões, para maior integralidade da atenção à criança e do exercício do direito à saúde, as práticas precisam de fortalecimento por meio da construção de planos de responsabilização entre os diferentes atores sociais envolvidos no cuidado à criança (ANDRADE et al., 2013a; VENTURA et al., 2012).

Apreende-se que melhorias no acesso e na qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde são fundamentais (UNICEF, 2011a). No entanto, torna-se necessário garantir também o cumprimento dos direitos assegurados em lei e transformados em políticas públicas, processo que seria favorecido pelo empoderamento de sujeitos, famílias e comunidade (UNICEF, 2011a).

Outro aspecto questionado pelas mães está relacionado à comunicação das orientações e recomendações de saúde, com pouco ou quase nenhum esclarecimento por parte dos profissionais de saúde:

Ontem, eu a levei em uma consulta com o pediatra. Aí ele pediu que eu observasse a linguinha dela, ele não falou o porquê, só mandou eu observar a linguinha dela. Eu perguntei o porquê e ele falou: 'Só observa para mim'. Disse que era para eu ficar olhando se a língua dela iria dobrar assim [mostra com a própria língua]. [...] Aí, eu fiquei preocupada, pensei que poderia ser por causa da fala, mas ela já fala, já fala 'mamãe', 'papai'. (E4 Mãe 17 anos; Criança 1 ano e 3 meses)

As orientações aparecem de forma normativa e sem abertura para possíveis questionamentos das condutas, sem oportunidades para esclarecer dúvidas sobre a saúde de seus filhos, o que gera insegurança e preocupação.

Durante o atendimento à criança, o profissional de saúde precisa fortalecer a relação com a mãe e assumir atitudes acolhedoras e com diálogo (MELLO et al., 2012), permitindo que a mãe discorra sobre a realidade vivenciada no cotidiano, realize indagações e possa

expressar dúvidas com relação ao cuidado com a criança (VASCONCELOS et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2012).

Ainda, os aspectos ressaltados sugerem a pequena articulação do sistema de saúde municipal, atentando-se tanto para a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à clientela infantil quanto para a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde, em busca da ampliação do cuidado, relevância da formação de parcerias com as mães e famílias, para que se possa, efetivamente, contribuir para a defesa e garantia do direito à saúde na infância.

Nessa conjuntura, diante das dimensões das leis e programas que buscam a proteção integral da criança, acredita-se na necessidade de abordagens ampliadas para um cuidado integral, contribuindo para a construção de perspectivas de trabalho que evitem as lacunas na atenção à criança, assim como para a integralidade e intersetorialidade das ações em rede e empoderamento materno (ANDRADE et al., 2013b).

A sobrevivência das crianças está ligada, entre outros aspectos relevantes, à presença e envolvimento do outro, elas são dependentes da manutenção da proximidade de pessoas que desempenhem funções de proteção e fornecimento de alimentação, conforto e segurança (BRITTO; ULKUER, 2012; RIBAS; MOURA, 2004).

Outro aspecto importante a ressaltar é que as políticas públicas precisam influenciar o ambiente próximo da criança, bem como a comunidade, os profissionais de saúde e demais áreas e gestores (BRITTO; ULKUER, 2012). Um ambiente ótimo inclui pessoas-chave com boa interação com a criança e oferta de oportunidades positivas para a criança crescer, aprender e se desenvolver (BRITTO; ULKUER, 2012).

Tais aspectos visam manter condições favoráveis ao desenvolvimento na primeira infância e nas fases subsequentes, garantindo que os primeiros anos sejam preservados e seus direitos certificados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a apreensão de experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças pequenas, com foco em alguns elementos da promoção da saúde e do direito à saúde na infância.

O cuidado materno na adolescência apresentou-se como uma experiência singular, construído de forma gradativa. Após o nascimento do bebê, as mães adolescentes relatam situações permeadas de insegurança e dificuldades para o desempenho do cuidado, mas procuram identificar e satisfazer as necessidades da criança.

Nesse processo, a presença de uma rede de apoio mostrou-se de extrema importância, possibilitando maior confiança e prontidão para o cuidado da criança. Ainda, no decurso dessas experiências houve um reconhecimento de facetas positivas da maternidade em suas vidas.

A rede de apoio, composta por familiares, amigos, professores, profissionais de saúde, creches, entre outros, foi mencionada como oferta de suporte físico, emocional, social e financeiro para a adolescente desempenhar sua função materna de uma forma fortalecida, buscando a proteção e a garantia dos direitos da criança, bem como para dar continuidade a planos traçados para o futuro.

Houve destaque para a presença e a função exercida pela avó materna da criança no apoio ofertado à adolescente mãe. O pai da criança exerceu papéis dicotômicos, de acordo com cada realidade vivenciada pela mãe adolescente. Se, em alguns casos, os pais apareceram como figuras essenciais no cuidado cotidiano, apoiando a adolescente e incentivando a dar prosseguimento aos projetos de vida, em outros desampararam o binômio mãe-filho, não contribuindo para a atenção às necessidades essenciais da criança.

O direito à saúde da criança assumiu diferentes significados para as mães adolescentes. Contudo, as formas de garanti-lo estiveram vinculadas a condutas individuais em detrimento de ações amplas que consideram a saúde como um produto social, interligada com a garantia de outros direitos fundamentais. Lacunas na assistência à criança apontadas pelas mães adolescentes podem levar à situações de vulnerabilidade e privação do exercício do direito à saúde. Além disso, na visão dessas mães, as atitudes de defesa dos profissionais de saúde tiveram contribuição limitada para a construção de redes de parceria e corresponsabilidade pela saúde da criança.

Assim, há de se reconhecer que entraves ainda se apresentam para a proteção da criança e defesa do direito à saúde na infância. Nesse cenário, apreende-se que estratégias de promoção da saúde infantil, abordando a amplitude do processo saúde-doença e fortalecendo os papéis exercidos pelos cuidadores, é basilar para a garantia do direito à saúde da criança.

Considerando as necessidades da criança e as peculiaridades e complexidades que envolvem a maternidade na adolescência, a atuação do profissional de saúde deve voltar-se para o contexto social onde estão inseridos mãe e filho, identificando vulnerabilidades e propondo estratégias de enfrentamento que garantam a promoção da saúde infantil e o pleno exercício do direito à saúde, juntamente com a participação ativa da adolescente, da família, e de outros profissionais e setores que se fizerem necessários.

Cabe destacar, ainda, a necessidade dos princípios da defesa dos direitos da criança nortear as práticas, contribuindo efetivamente para a promoção da saúde e garantia dos direitos na infância, bem como a importância das equipes de saúde de buscar ampliar o empoderamento das mães adolescentes, fortalecer as práticas de defesa da saúde infantil e do cuidado integral à saúde de crianças e famílias.

Os cuidados cotidianos das crianças e as experiências maternas para desempenhar o cuidado protetor constituem objetos de estudo complexos, sendo importante expandir para outras pesquisas tendo em vista a observação do cuidado e os mecanismos pelos quais as intervenções podem reduzir as dificuldades e injúrias no domicílio, apreender as singularidades familiares e comunitárias, em busca da compreensão da amplitude do cuidado e defesa da saúde.

REFERÊNCIAS¹

ALVES, C. F.; SIQUEIRA, A. C. Os direitos da criança e do adolescente na percepção de adolescentes dos contextos urbano e rural. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 460-73, 2013.

ANDRADE, R. D. **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.

_____. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, n. 64, n. 4, p. 738-44, jul./ago. 2011.

_____. et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 719-27, out./dez. 2013a.

_____. et al. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 772-80, out./dez. 2013b.

ARANTES, E. M. M. Direitos da criança e do adolescente: um debate necessário. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 45-56, 2012.

_____. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção *versus* autonomia? **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 431-50, 2009.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194-9, jan./mar. 2012.

BENCZIK, E. B. P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev. Psicopedagogia**, São Paulo, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na assistência social. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 283-301, abr./jun. 2013.

BRAGA, I. F. et al. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 448-55, jul./set. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2012a Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 43, de 2004, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 23. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 28 p.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

_____. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Balanço das ações. 20. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 4 p.

_____. Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. 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.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 4 v.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 128 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 72 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 52 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 ago. 2012.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver.** Porto Alegre: Artmed, 2002. 213p.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-59, jan./mar. 2012.

BRITTO, P. R.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. **Child Development**, v. 83, n. 1, p. 92-103, Jan./Feb. 2012.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 64-72, jan./mar. 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMINHA, N. O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 81-8, set. 2012.

CARVALHÊDO, D. S. et al. As vivências e os significados do primeiro banho dado pela puérpera em seu filho recém nascido. **Enferm. Glob.**, Murcia, n. 19, p. 1-15, jun. 2010.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B. Mãe é a que cria: o significado de uma maternidade substituta. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 265-75, abr./jun. 2008.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHAES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 615-25, mar./abr. 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A., SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAGAS, J. C.; PEDROZA, R. L. S.; BRANCO, A. U. Direitos humanos e democracia na educação infantil: atuação do psicólogo escolar em uma associação pró-educação. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 17, n. 1, p. 73-81, jan./abr. 2012.

ÇINAR, N. D. et al. Importância de cuidados preventivos à criança sob o ponto de vista das mães. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 24-9, 2009.

CLAPIS, C. V.; FABBRO, M. R. C.; BERETTA, M. I. R. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 704-10, out./dez. 2013.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. Por uma invenção ética para os direitos humanos. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 89-102, 2008.

CONFEREÇÃO NACIONAL DOS MUNICIPIOS (CNM). **Objetivos de Desenvolvimento do milênio – ODM**: estratégias da gestão municipal para a Redução da pobreza no planeta até 2015. Brasília: CNM: PNUD, 2008. 88 p.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 258-64, set. 2009.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.605-13, 2010.

DANTAS, D. V. et al. Nursing activities in the prevention of accidents in child day care centers. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. esp., p. 1315-22, maio./jun. 2010.

DEZOTI, A. P. et al. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-9, out./dez. 2013.

DIAS, A. C. G. et al. Semelhanças e diferenças nos planos para o futuro de adolescentes gestantes e não gestantes. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 7-13, jul./set. 2013.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-31, jan./abr. 2010.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-86, maio/jun. 2010.

DI STEFANO, D. et al. Caracterização das condições sociais e de saúde de mães adolescentes no primeiro ano pós-parto em um município do estado de São Paulo. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p.795-812, out./dez. 2011.

EDUARDO, L. P.; EGRY, E. Y. Estatuto da criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 18-24, mar. 2010.

FERNANDES, A. O.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 55-60, 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 598-605, maio/jun. 2011.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-6, nov./dez. 2007.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-94, fev. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FÓRUM NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (DCA). Manifesto do Fórum Nacional DCA. **Em defesa dos direitos humanos infanto-juvenis**. 2009. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/depoimento_especial/manifesto_forum_nacional_dca_2009.pdf. Acesso em: 08 jan. 2014.

FRANÇA, E. Mortalidade infantil em Minas Gerais, 2001-2009. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de situação de saúde**: Minas Gerais 2010. Belo Horizonte, 2010. p. 59-82.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, 1999.

FUZIWARA, A. S. Lutas sociais e direitos humanos da criança e do adolescente: uma necessária articulação. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 115, p. 527-43, jul./set. 2013.

GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.

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. 61-5, jan./fev. 2008.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; ROBALLO, E. C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 300-5, abr./jun. 2011.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, jul. 2011.

GOUVEIA, M. J. A. Intersetorialidade e a contemporaneidade. In: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação à Distância. Salto para o Futuro. **Educação integral e intersectorialidade**. Brasília: Ministério da Educação, 2009. p. 10-16.

GRANT, N. et al. Medical students as family-health advocates: Arabian Gulf University experience. **Med Teach**, v. 29, n. 5, p. 117-21, June 2007.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 430-6, set. 2008.

GURMU, E.; DEJENE, T. Trends and differentials of adolescent motherhood in Ethiopia: evidences from 2005 Demographic and Health Survey. **Afr J Reprod Health**, v. 16, n. 4, p. 162-74, Dec. 2012.

HUFFORD, L. et al. 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). IBGE cidades@. **Informações estatísticas**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

KENDRICK, D. et al. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, 2013.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Temperamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 821-9, out./dez. 2010.

LEAL, L. P. et al. Prevalência da anemia e fatores associados em crianças de seis a 59 meses de Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 457-66, jun. 2011.

LEANDRO, J. S.; CHRISTOFFEL, M. M. Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 223-31, 2011.

LEAO, 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 Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-34, jul./set. 2011.

LEITE, V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, jul./set. 2010.

MANIGLIA, E. **As interfaces do direito agrário e dos direitos humanos e a segurança alimentar**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 277 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-60, nov. 2011.

MELLO, D. F. et al. A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 604-10, jul./ago. 2014a.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-9, jul./ago. 2012.

MELLO, D. F. et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2014b.

MELO, S. C. H.; SCHERMANN, L. B. Prevalência e fatores associados à dificuldade no cuidado do bebê em mães adolescentes de 14 a 16 anos de Porto Alegre/RS. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 67-80, maio/dez. 2012.

MENDES, T. et al. Mães adolescentes: adaptação aos múltiplos papéis e a importância da vinculação. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 309-17, 2011.

MERINO, M. F. G. L. et al. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 670-8, out./dez. 2013.

MESQUITA, A. L. P. et al. Trajetórias de mulheres que vivenciaram a gravidez/maternidade na adolescência. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 443-89, jan./jun. 2011.

MEZMUR, B. D. Adoção internacional como medida de último recurso na África: promover os direitos de uma criança ao invés do direito a uma criança. **Sur – Rev. Int. Direitos Human.**, São Paulo, n. 10, p. 82-105, jun. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 455-65, jul./set. 2013.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-7, mar. 2010.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, jun. 2008.

NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 338-45, abr./jun. 2010.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 41-7, out./dez. 2011.

NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-7, jan./fev. 2011.

NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1458-62, maio 2013.

NEVES, V. F. A. História coletiva e construções subjetivas: uma trama de narrativas em uma creche comunitária. **Educ. Rev.**, Belo Horizonte, v. 29, n. 1, p. 225-46, mar. 2013.

NÓBREGA, L. L. R.; BEZERRA, F. P. F. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 42-52, 2010.

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 53-75, 2012.

O'DWYER, G; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-84, set/dez. 2007.

OGIDO, R.; SCHOR, N. A jovem mãe e o mercado de trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1044-55, out./dez. 2012.

OLIVA, J. C. G. A.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 12, n. 1 p. 22-31, jan./jun. 2009.

OLIVEIRA, C. G. S.; BEITHUM, D. F.; LIMA, D. T. O direito fundamental à saúde e o princípio da proteção integral da criança e do adolescente. **Rev. Dir. Público**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 184-201, ago./set. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D. C.: OPAS, 2007.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. M. P. (Org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis** - a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), 2013.

PEREIRA, C. R. R.; PICCININI, C. A. Gestaço do segundo filho: percepes maternas sobre a reaço do primognito. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 28, n. 1, p. 65-77, jan./ mar. 2011.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad. Pesqui.**, v. 40, n. 140, p. 649-73, maio/ago. 2010.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.15-7, 2010.

PINHO, L. B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletr. Enf.** v. 9, n. 3, p. 835-46, 2007.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

PREARO, A. Y.; RIZZATO, A. B. P.; MARTINS, S. T. F. O ensino de pediatria na atenção básica em saúde entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: a visão dos médicos supervisores. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1039-52, out./dez. 2011.

RAMAN, S. et al. Human rights and child health. **J Paediatr Child Health**, v. 43, n. 9, p. 581-6, Sept. 2007.

RESTA, D. G. et al. Maternidade na adolescência: significados e implicações. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.14, n. 1, p. 68-74, jan./mar. 2010.

RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 315-22, 2004.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

ROCHA, D. C. S.; BEZERRA, M. G. A.; CAMPOS, A. C. S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 365-71, dez. 2005.

RODRIGUES, F. R. A. et al. Ser mãe adolescente: representações de puérperas adolescentes a partir da técnica do desenho-estória. **REME** - Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 308-15, jul./set. 2010.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A Convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 141, p. 693-728, set./dez. 2010.

ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B.; BÉRIA, J. U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4235-46, out. 2014.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS. Humanização. **PROMAI**. 2011. Disponível em: <<http://www.scmp.org.br/humanizacao/5/promai>>. Acesso em 01 ago. 2014.

SANTOS, J. D. F. As diferentes concepções de infância e adolescência na trajetória histórica do Brasil. **Rev. Histedbr on line**, Campinas, n. 28, p. 224-38, dez. 2007.

SANTOS, J. S. **Ações para a promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Passos-MG**. 2012. 162 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

SANTOS, K. A. Gravidez na adolescência em contexto: entendendo intenções reprodutivas em uma favela brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 655-64, abr. 2012.

SANTOS, M. M. A. S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 775-86, mar. 2012.

SANTOS, N. L. A. C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 719-26, mar. 2014.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2575-85, maio 2011.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 545-51, set./out. 2008.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M. Biografia de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 802-10, ago. 2011.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-94, jun. 2013.

TOMELERI, K. R.; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 355-61, maio/jun. 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Committing to Child Survival: a promise renewed: progress report 2013**. USA: UNICEF, 2013.

_____. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011a. 80 p.

_____. Nossas prioridades. **Competências familiares**, sd. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10162.htm>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. Situação Mundial da Infância 2011. **Adolescência – uma fase de oportunidades**. UNICEF, 2011b.

_____. Situação Mundial da Infância. **Celebrando 20 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança**. Tradução de B&C Revisão de Textos. USA: UNICEF, 2009.

VASCONCELOS, L. M. et al. Puericultura: percepções de mães atendidas em unidade básica de saúde em Sobral, Ceará, Brasil. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1492-7, jul./set. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 893-8, nov./dez. 2012.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. et al. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (Org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri (SP): Manole, 2009. p. 91-120.

VICTORA, C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, May 2011.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-90, jan. 2013.

WATERSTON, T. Teaching and learning about advocacy. **Arch Dis Child Educ Pract Ed**, v. 94, n. 1, p. 24-8, Feb. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Advocacy – a Practical Guide with Polio Eradication as a Case Study**, 1999.

_____. Mental Health Policy and Service Guidance Package. **Advocacy for mental health**, 2003a.

_____. **Repositioning Family Planning: guidelines for advocacy action**, 2008.

_____. **Stop the global epidemic of chronic disease: a practical guide to successful advocacy**, 2006.

_____. **The Macroeconomics and Health Strategy The Advocacy Perspective**, 2003b.

_____. World Health Day. Mental Health. **Results of a Global Advocacy Campaign**, 2001.

WILSON-MITCHELL, K.; BENNETT, J.; STENNETT, R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11, n. 5, p. 4729-44, Apr. 2014.

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista com as mães adolescentes de crianças cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de Passos-MG

Identificação da mãe

Idade: _____ anos Escolaridade: _____ anos de estudo.
 Sabe ler: () sim () não Sabe escrever: () sim () não
 Estado Civil: () solteira () casada () divorciada () amasiada () viúva
 Renda: () até 1 salário mínimo () de 2 a 3 salários mínimos () 4 ou mais sal mín.
 Profissão: _____ Ocupação: _____
 Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____
 Pai da criança reside junto: () sim () não
 Participa de algum movimento social: () sim () não Se sim, qual: _____
 Ajuda de outras pessoas para cuidado da criança: () sim () não Se sim, qual(is): _____
 Qual ajuda: _____

Entrevista

- 1) Desde o nascimento, como tem sido cuidar do seu filho?
- 2) O que é mais difícil no cuidado de seu filho?
- 3) O que é mais fácil no cuidado com seu filho?
- 4) Na sua opinião, como sua família pode proteger sua criança? Você pode dar alguns exemplos?
- 5) Na sua opinião, o que significa dizer que sua criança tem direito à saúde? Você lembra de alguma situação?
- 6) Como o direito à saúde pode ser garantido para a sua criança?
- 7) Na sua opinião, quais ações dos profissionais de saúde que contribuem para a garantia do direito à saúde da sua criança? Você lembra de alguma situação?
- 8) Você considera que ainda é preciso algo a mais para garantir o direito à saúde da sua criança? Se sim, o que é preciso?

APÊNDICE 2

Solicitação enviada para a coordenação da ESF do município de Passos - MG

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Passos, 29 de agosto de 2013.

Prezada Clarissa Carneiro Batista
Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Passos,

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realizar entrevistas com as mães adolescentes que possuam filhos com idade entre 06 meses e menores de dois anos, usuárias das Estratégias Saúde da Família do município de Passos (MG).

Ressalto que essas mães adolescentes são sujeitos da pesquisa de mestrado intitulada “Promoção da saúde integral na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças”, que está sendo desenvolvida pela mestrande Jaqueline Silva Santos e pela Dra Débora Faleiros de Mello junto ao Curso de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).

Atenciosamente,

Jaqueline Silva Santos

Jaqueline Silva Santos
Enfermeira, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A adolescente _____, sob minha responsabilidade foi convidada a participar como voluntária do estudo “Promoção da saúde integral na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças”, e eu _____ recebi da pesquisadora Jaqueline Silva Santos, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), e de sua orientadora Professora Doutora Débora Falleiros de Mello, responsáveis pela pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo procura conhecer as experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos.
- Que a importância deste estudo é compreender como as mães adolescentes desempenham o cuidado das crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, as facilidades e as dificuldades enfrentadas no cotidiano.
- Que os resultados que se desejam alcançar poderão contribuir para que a equipe de Saúde da Família desenvolva uma prática que resulte em benefícios para a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: será realizada entrevista gravada com mães adolescentes de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, que tenham o filho cadastrado e acompanhado pela equipe de Saúde da Família. Logo após as entrevistas, as falas serão analisadas de acordo com os objetivos descritos acima.
- Que a adolescente sob minha responsabilidade participará respondendo às perguntas da entrevista feita pela pesquisadora, que estará na Unidade de Saúde da Família, conforme autorização da Coordenadora da Estratégia Saúde da Família de Passos (MG) e da (o) enfermeira (o) da unidade.
- Que, sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei retirar meu consentimento ou interromper a participação da adolescente no estudo, sem que isso nos traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da participação da adolescente sob minha responsabilidade não permitirão a identificação da pessoa dela, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que a adolescente sob minha responsabilidade poderá ter algum desconforto ao lembrar situações de dificuldades no cuidado cotidiano com seu filho (a).
- Que receberei uma cópia deste documento assinado pela pesquisadora responsável por esta pesquisa.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

*Pesquisadora responsável: Jaqueline Silva Santos

- Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – EERP/USP – Ribeirão Preto (SP) – 14040-902

- Telefone p/contato: (16) 3602-3478

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

- Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – EERP/USP – Ribeirão Preto (SP) – 14040-902

Telefone para contato: (16) 3602-0533

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da FESP - Endereço: Rua Dr. Carvalho 1147 - Telefone: 3529 - 8034

Passos, ____ de _____ de 20____.

Assinatura ou impressão datiloscópica
do representante legal

Jaqueline Silva Santos
Pesquisadora responsável

Testemunha em caso de
Impressão datiloscópica

APÊNDICE 4

Termo de Assentimento

Você está sendo convidada para participar do estudo “Promoção da saúde integral na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças”. Seu responsável permitiu que você participasse.

- Neste estudo queremos conhecer as experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos.

- O motivo que nos leva a estudar esse assunto é compreender como as mães adolescentes desempenham o cuidado das crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, as facilidades e as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

- Este estudo será feito da seguinte maneira: realizaremos entrevistas gravadas com mães adolescentes de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, que tenham o filho cadastrado e acompanhado pela equipe de Saúde da Família. Logo após as entrevistas, as falas serão analisadas de acordo com os objetivos descritos acima.

- Os resultados deste estudo poderão contribuir para que a equipe de Saúde da Família desenvolva uma prática que resulte em benefícios para a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias.

- Você poderá ter algum desconforto ao lembrar situações de dificuldades no cuidado cotidiano com seu filho (a).

- As informações fornecidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

- Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo.

- Você receberá uma cópia deste documento assinado pela pesquisadora responsável.

Eu, _____, fui informada dos objetivos deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Passos, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da adolescente

Jaqueline Silva Santos
Pesquisadora responsável

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

*Pesquisadora responsável: Jaqueline Silva Santos

- Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – EERP/USP – Ribeirão Preto (SP) – 14040-902

- Telefone p/contato: (16) 3602-3478

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

- Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – EERP/USP – Ribeirão Preto (SP) – 14040-902

Telefone para contato: (16) 3602-0533

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da FESP - Endereço: Rua Dr. Carvalho 1147 - Telefone: 3529 - 8034

ANEXO 1**Anuência da coordenadora da ESF de Passos - MG** **PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS**
SECRETARIA DE SAUDE
Coordenação da Atenção Primária

Passos, 30 de agosto de 2013.

Ofício: 040/2013/SMS - Coordenação da Atenção Primária
Da: Secretaria Municipal de Saúde/APS
Para: Jaqueline Silva Santos

Venho através deste autorizar, a solicitação pedida anteriormente a esta coordenação para realizar entrevistas com as mães adolescentes que possuam filhos com idade entre 06 meses e menores de 2 anos, usuários dos PSF'S de Passos.

Clarissa C. Leão Batista
Enfermeira
COREN/MG 108358

Clarissa Carneiro Leão Batista
Coordenadora PSF'S

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética da Fundação de Ensino Superior de Passos

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção da saúde integral na infância e o direito à saúde: experiências de mães adolescentes no cuidado cotidiano de crianças

Pesquisador: Jaqueline Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21800413.9.0000.5112

Instituição Proponente: Fundação de Ensino Superior de Passos - FESP/MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 507.936

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, que será desenvolvido junto às mães adolescentes que possuem filhos com idade entre 06 meses e menores de dois anos, cadastradas nas quatro Unidades de Saúde da Família do município de Passos-MG que registraram o maior número de mães adolescentes no ano de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

analisar as experiências de mães adolescentes no cuidado de crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos na perspectiva da promoção da saúde integral da criança e a defesa do direito à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A mãe adolescente poderá ter algum desconforto ao lembrar situações de dificuldades no cuidado cotidiano com meu filho(a).

Benefícios:

Que os resultados que se desejam alcançar poderão contribuir para que a equipe de Saúde da Família desenvolva uma prática que resulte em benefícios para a saúde e a qualidade de vida das

Endereço: Av. Juca Stockler 1130
Bairro: belo horizonte **CEP:** 37.900-106
UF: MG **Município:** PASSOS
Telefone: (35)3529-8035 **Fax:** (35)3529-8001 **E-mail:** jose.paula@fespmg.edu.br

Continuação do Parecer: 507.936

crianças e famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória foram apresentados de maneira correta.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem considerações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PASSOS, 08 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Jose de Paula Silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Juca Stockler 1130

Bairro: belo horizonte

CEP: 37.900-106

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-8035

Fax: (35)3529-8001

E-mail: jose.paula@fespmg.edu.br