UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O Processo de Trabalho da Enfermeira no Cuidado à Criança Sadia
em uma Instituição da Seguridade Social do México**

Yolanda Flores Peña

Ribeirão Preto
2004

Yolanda Flores Peña

**O Processo de Trabalho da Enfermeira no Cuidado à Criança Sadia
em uma Instituição da Seguridade Social do México**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.
Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Ribeirão Preto
2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Flores Peña, Yolanda

O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da Seguridade Social do México / Yolanda Flores Peña; orientador Maria Cecília Puntel de Almeida.

--Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

214 f. : fig.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Processo de trabalho em saúde. 2. Acompanhamento da criança. 3. Cuidado à criança sadia.

A tese ora apresentada é resultado do convênio celebrado entre a Universidade de São Paulo, com interveniência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Universidade de Guanajuato-México, através da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya

FOLHA DE APROVAÇÃO

Yolanda Flores Peña

O processo de trabalho da enfermeira no Cuidado à Criança
Sadia em uma Instituição da Seguridade Social do México

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Marina Peduzzi
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Silvia Matumoto
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SMSRP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A *Deus* pela vida mesma, por esta grande oportunidade.

A *Minha Mãe* que fica de anjo no céu.

A você *Adrián* por ter acreditado em mim, pelo apoio incondicional, pelo tempo de ausência, pelo seu amor, incentivo e tolerância, por ter cuidado de nossas filhas, admiro você e sua confiança na vida mesma.

A minhas queridas filhas *Marlene e Mayela*, seus sorrisos estiveram sempre comigo, foram minha força para seguir adiante. Pelo tempo concedido para a realização deste trabalho, acredito e tenho confiança em que as ausências fortaleceram a família.

E a partir de hoje a outro anjo no céu; minha tia Eva, obrigada pelos seus cuidados, quando eu mais necessitei.

Bem sei que é a mãe a principal executora do cuidado aos filhos sem ajuda de vocês eu não teria alcançado a meta, portanto dedico este trabalho a todos aqueles que cuidaram de minhas filhas.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar meu profundo agradecimento pelo apoio recebido durante a realização deste trabalho, as seguintes pessoas e instituições. Agradeço, assim:

Ao **PROMEP**, Programa de Melhoramento do Professorado, organismo público do México que concedeu a bolsa de estudo para realizar o doutorado, assim como ao pessoal da reitoria da Universidade Autónoma de Nuevo León, pelo apoio nas gestões realizadas.

À **Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida**, quem sempre esteve ao meu lado, manifestando seu apoio no acadêmico, assim como pessoal, estou muito agradecida com a vida e com Deus, por ter colocado uma pessoa como você perto de mim, agradeço infinitamente seu apoio incondicional, seu acolhimento. Receba meu profundo respeito e reconhecimento como pesquisadora.

Às autoridades da Faculdade de Enfermagem da Universidade Autónoma de Nuevo Leon, Profa. Silvia Espinosa Ortega, Diretora; e Profa. Magdalena Alonso Castillo, Vice-Diretora da Pós-Graduação, muito agradecida pelo apoio brindado para a realização destes estudos. Àssim como a Profa. María Gudalupe Martínez Martínez, membro da Honrável Junta de Governo da Universidade Autónoma de Nuevo León, pelo fato de ter-me indicado para realizar o Doutorado.

À Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis, Vice-Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a sua filha Pilar Carolina Villar, pelo acolhimento, sua compreensão e apoio, são coisas que sempre lembrarei e terei comigo.

Aos docentes da banca examinadora pelas sugestões e contribuições a este trabalho, pelo fato de produzir trabalho vivo, suas análises e sugestões têm contribuído para minha formação e para a construção do conhecimento.

A Cristiane Gramani Say muito agradecida, obrigada pela escuta e pelo trato amável, pela amizade.

Às autoridades do Instituto Mexicano da Seguridade Social, principalmente ao Doutor Héctor de la Garza, chefe de Pesquisa e Educação Médica; Lic. Ethela Morales, chefe de Enfermagem pela sua cooperação para a realização deste trabalho, assim como ao Doutor Salvador Valdovinos, chefe Delegacional de Pesquisa de Nuevo León pelo apoio.

Às enfermeiras, assistentes de enfermagem e mães das crianças, agradeço sua cooperação para a realização deste trabalho.

À minha família, meu pai e meus irmãos Omar e Susana que sempre têm me apoiado, principalmente a minha irmã Rosângela pelos cuidados as minhas filhinhas.

Agradeço infinitamente a minha sogra sua disponibilidade e entrega nos cuidados aos seres que tanto amo: Marlene, Mayela e Adrián.

A meus familiares: meu sogro Pascual e a minhas cunhadas Teresa e Aida.

Às minhas amigas Dolores e Eugenia pelo apoio, pela escuta, pelo incentivo.

À Senhora Anita, pelo seu apoio, pelo incentivo constante, tenho muito que agradecer a você.

A Dona Carmen que esteve presente desde o início deste doutorado pelos cuidados e acolhimento a uma parte valiosa de mim, "minhas filhas".

Aos meus companheiros de trabalho: Vicky, Lupita, Nora, Karla, Dora Julia, Tere, Paco e Santiago, por sua convivência comigo e apoio.

A todos meus companheiros do doutorado pelo fato de ter me acompanhado neste caminhar, pelos nossos encontros e desencontros, de todos vocês tenho aprendido muito.

RESUMO

FLORES, Y. P. **O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da Seguridade Social do México**. 2004. 214 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

O objetivo geral do estudo foi analisar o processo de trabalho da enfermeira materno infantil (EMI), orientado ao cuidado da criança sadia no Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança menor de 5 anos de idade, em uma instituição da Seguridade Social no México. Fundamentou-se nas concepções do processo de trabalho em saúde de Mendes-Golçalves (1994), no processo de trabalho da enfermagem como proposto por Almeida (1991) e Almeida e Rocha (1997), e nas concepções teóricas da micropolítica do trabalho vivo em saúde, que permitiram focalizar o espaço intercessor trabalhador/usuário (MERHY, 1997, 2004). Utilizou-se a abordagem qualitativa com observação sistemática direta e entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram as enfermeiras (EMI), as assistentes médicas da EMI (AEMI) e as mães que compareceram à consulta de enfermagem. Observaram-se 87 consultas proporcionadas pelas EMI, e observação à área da recepção atendida pela AEMI, assim como entrevista a este pessoal (6 entrevistas) e as mães (25 entrevistas). A saturação dos dados e a compreensão do significado foram os critérios para estabelecer o número necessário de observações e entrevistas. As consultas proporcionadas pela EMI identificaram-se centradas na realização de procedimentos como: verificação do peso, estatura e revisão da carteira de vacinas conforme os protocolos de atenção (tecnologias duras), com diálogos mais bem identificados como monólogos da EMI à mãe. Verificou-se que o encontro entre a mãe/filho portadores de uma dada necessidade de saúde com a EMI portadora de um arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não equivalentes, a mãe tem a necessidade de que a EMI, no mínimo a cumprimente e a acolha. Assim o trabalho da EMI é capturado pelo trabalho morto, pela configuração institucional que se expressa no tempo de atendimento, na consulta marcada com antecedência, no seguimento dos protocolos e rotinas impostos pelo serviço que não permitem o estabelecimento de um núcleo cuidador. Mas como o trabalho da EMI é trabalho em saúde que se efetiva em um processo quase-estruturado, a EMI foi capaz de produzir trabalho vivo como fonte de tecnologias leves (tecnologias de relações, de acolhimento), baseando-se principalmente em seu autogoverno que lhe permitiu o estabelecimento de um núcleo de cuidado mãe/filho-centrado. A conformação da equipe de saúde foi identificada como equipe agrupamento caracterizada pela fragmentação e especificidade do trabalho com comunicação de aspectos só pessoais. As mães perceberam o cuidado à criança sadia como a realização de procedimentos, verificação do peso e estatura, ter um registro dos avanços no desenvolvimento de seu filho e o fornecimento da cota de leite, que surgiu como um orientador/desorientador da atenção que coloca os atores sociais em conflito com necessidades distintas. Recomenda-se a flexibilização das normas e rotinas que permitam a construção de um núcleo cuidador mãe/filho-centrado, baseado nas tecnologias leves como o acolhimento e a confiança, para que a mãe possa colocar suas dúvidas relacionadas ao cuidado de seu filho e desenvolva um grau de autonomia e assim reconhecer à enfermeira como cuidadora, educadora, conselheira e promotora da saúde.

Palavras chave: Processo de trabalho em saúde, acompanhamento da criança, cuidado à criança sadia.

ABSTRACT

FLORES, Y. P. Nurses work process in the care of healthy children at a Social Security Institution in Mexico. 2004. 214 p. Thesis (Doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

The general aim of this study was to analyze the work process of maternal child nurses, directed to the care of healthy children in the Program of Nutrition Surveillance, Growth and Development for children under 5 years of age at a social security institution in Mexico. This research was based on the concepts of health work process by Mendes-Gonçalves (1994), the nursing work process proposed by Almeida (1991) and Almeida and Rocha (1997) and on the theoretical conceptions of micropolitics of health work involving human staff, enabling the author to focus the worker/user space (1991) (MERHY, 1997, 2004). A qualitative approach was used through systematic direct observation and semi-structured interviews. The subjects were maternal child nurses, medical assistants who welcomed the patients when they arrived and mothers who went to the nursing consultation. 87 nursing consultations were observed as well as the reception of patients. In addition, author interviewed the staff (6 interviews) and mothers (25 interviews). Data saturation and meaning comprehension were the criteria to establish the necessary number of observations and interviews. The consultations were identified as centered in procedures such as: weight and height measurement, review of the vaccination record according to the care protocols (hard technologies) with dialogues identified as monologues of nurses to the mothers. Findings showed that the meeting between mother and child with specific health needs and nurses with large scientific and practical knowledge involves an approximation of non-equivalent situations. The mothers expect, at least, that nurses will be able to welcome them. Thus, the maternal child nurse work is captured by a work with machines, the institutional configuration that is expressed during the consultation period, with the appointment determined previously, in following protocols and routines imposed by the service and that do not allow the establishment of a caring core. However, with nurses work, the health work happens in a nearly-structured process and nurses were able to produce a live work as a source of soft technologies (relationship and welcome technologies), based mainly in their self-governance and allowing the establishment of a nucleus of care centered in the mother/child. The conformation of the health team was identified as a grouping team characterized by the fragmentation and specificity of the work with only the communication of personal aspects. Mothers perceived that the care of a healthy child is based on procedures to verify height and weight, registration of the development of their children and the supply of a milk portion, that appeared as a factor that guided/disturbed the care as resulted in conflict among the social actors with different needs. The author recommends the flexibilization of the norms and routines, enabling the construction of a nucleus centered in the mother/child, based on soft technologies of welcome and trust, allowing mothers to ask their questions related to the care of their children as well as to develop a level of autonomy, recognizing the nurse as a care provider, educator, advisor and health promoter.

Key words: Work process in health, continuity child care, well child care.

RESUMEN

FLORES, Y. P. **El proceso del trabajo de la enfermera en el cuidado al niño sano en una institución de la Seguridad Social de México**. 2004. 214 p. Tesis (Doctorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

El objetivo general fue analizar el proceso del trabajo de la enfermera materno infantil (EMI), orientado al cuidado del niño sano en el Programa de Vigilancia de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años de edad, en una institución de la Seguridad Social de México. Se fundamentó en los conceptos teóricos del proceso de trabajo en salud de Mendes-Golçalves (1994), proceso de trabajo enfermería de Almeida (1991), Almeida y Rocha (1997) y en los conceptos teóricos de la micro-política del trabajo vivo en salud, que permitieron focalizar el espacio de intersección trabajador/usuario (MERHY, 1997, 2004). Estudio cualitativo realizado mediante observación sistemática directa y entrevista semiestructurada. Los sujetos de estudio fueron las enfermeras (EMI), las asistentes médicas de EMI (AEMI) y las madres que acudieron a la consulta de enfermería. Se observaron 87 consultas de EMI y observación a la recepción atendida por la AEMI así como entrevista a este personal (6 entrevistas) y a las madres (25 entrevistas). La saturación de los datos y la comprensión del significado fueron los criterios para establecer el número necesario de observaciones y entrevistas. Las consultas proporcionadas por EMI se identificaron centradas en la realización de procedimientos: verificación de peso, estatura y revisión de la cartilla de vacunación de acuerdo a los protocolos de atención (tecnologías duras), con diálogos más bien identificados como monólogos de la EMI a la madre. Se verificó que el encuentro entre la madre/hijo portadores de una necesidad de salud con la EMI portadora de un arsenal de saberes específicos y prácticas, involucra un encuentro de situaciones no equivalentes, la madre tiene la necesidad de que la EMI como mínimo la salute y trate con calidez. El trabajo de EMI es capturado por el trabajo muerto, por la configuración institucional como tiempo para la consulta y su registro previo, seguimiento de los protocolos y rutinas del servicio que no permiten el establecimiento de un núcleo cuidador. Sin embargo como el trabajo de EMI es trabajo en salud que se realiza en un proceso casi-estructurado, la EMI fue capaz de producir trabajo vivo como fuente de tecnologías leves (tecnologías de relaciones, de calidez), basada en su autogobierno que le permitió el establecimiento de un núcleo de cuidado madre/hijo-centrado. La composición del equipo de salud se identificó como equipo agrupado caracterizada por la fragmentación y especificidad del trabajo con comunicación solo de aspectos personales. Las madres percibieron el cuidado al niño sano como la realización de procedimientos, verificación del peso y estatura, tener un registro del avance del desarrollo de su hijo y la entrega de la dotación de leche que surgió como un orientador/desorientador de la atención que coloca a los actores sociales en conflicto con necesidades distintas. Se recomienda la flexibilización de normas y rutinas que permitan la construcción de un núcleo cuidador madre/hijo-centrado, basado en tecnologías leves como la calidez y la confianza, para que la madre exponga sus dudas relacionadas al cuidado de su hijo y desarrolle un grado de autonomía y así reconozca a la enfermera como cuidadora, educadora, consejera y promotora de salud.

Palabras clave: Proceso del trabajo en salud, continuidad del cuidado al niño, cuidado del niño sano.

LISTA DE SIGLAS

EMI	Enfermeira materno infantil
AEMI	Assistente médica da enfermeira materno infantil
VNCD	Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento
IMSS	Instituto Mexicano da Seguridade Social
UMF	Unidade de Medicina Familiar
PREVENIMSS	Programas Integrados de Saúde do IMSS
NSI	Normativa em saúde infantil
INEGI	Instituto Nacional de Estatística Geografia e Informática
SIMO	Sistema de informação médica
RAIS	Registro da atenção integral da saúde
DOC	Deteção oportuna de cancer de colo uterino
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SECIB	Secretaria de Cooperação Ibero-Americana
CONASUPO	Conselho Nacional da Subsistência Popular
NAN	Marca registrada do leite em pó
NIDO	Marca registrada do leite em pó

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Articulação do trabalho da EMI	64
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pessoal de saúde da Unidade de Medicina Familiar	57
Tabela 2 - População adscrita à Unidade de Medicina Familiar	59
Tabela 3 - Grupos populacionais dos programas de saúde	60
Tabela 4 - Produtividade da Unidade de Medicina Familiar primeiro semestre de 2004	61
Tabela 5 - Atividades de vigilância materno infantil primeiro semestre de 2004	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas das sessões educativas e os profissionais que participam	63
Quadro 2 - Identificação das mães entrevistadas e seus filhos	102
Quadro 3 - Pessoal de saúde que participou do estudo	111
Quadro 4 - Atendimentos observados	120

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I. O OBJETO EM ESTUDO E A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
1.1. O objeto em estudo – O processo de trabalho da enfermeira materno infantil orientado ao cuidado da criança sadia	11
1.2. Fundamentação teórica	16
1.3. Pressupostos	34
CAPÍTULO II. ATENÇÃO EM SAÚDE NO MÉXICO. O cuidado da criança sadia na atenção primária em saúde	35
CAPÍTULO III. PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.1. Abordagem	50
3.2. Local do estudo	51
3.3. A seleção das técnicas de coleta dos dados	65
3.3.1. Observação sistemática direta	65
3.3.2. Entrevista semi-estruturada	68
3.4. Procedimento para entrada no campo de trabalho investigado, participantes do estudo e a questão ética da pesquisa	70
3.5. Estratégias para análise dos dados	74
3.6. Considerações éticas	80
CAPÍTULO IV. RESULTADOS/DISCUSSÃO. O processo de trabalho da enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia	82
4.1. Configuração institucional	84
4.1.1. Ambiente onde ocorre o atendimento	84

4.1.2. Horário de atendimento aos usuários e turno de trabalho do pessoal de saúde	90
4.1.3. Os registros	94
4.2. Produção do cuidado de enfermagem	99
4.2.1. O sujeito/objeto de trabalho – Os clientes: as mães e seus filhos	99
4.2.2. Os agentes do trabalho	109
4.2.3. Tempo de atendimento	119
4.2.4. A recepção	131
4.2.5. Produção do cuidado – procedimento centrado ou usuário centrado?	136
4.3. Controle da Criança Sadia: Programa de saúde prioritário	166
4.3.1. Controle da Criança Sadia: Realização de procedimentos	167
4.3.2. Controle da Criança Sadia: As coisas vão bem	171
4.3.3. Controle da Criança Sadia: Permite ter um registro	172
4.3.4. Controle da Criança Sadia: A questão do leite	173
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
5.1. Recomendações	187
REFERÊNCIAS	190
ANEXOS	197
A Normativa em saúde infantil, IMSS (1998). Atividades dos agentes de saúde na Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos	198
B Organograma da unidade de medicina familiar	204
C Guia de observação do processo de trabalho da enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia	205

D	Guia de observação do processo de trabalho da assistente médica da enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia	206
E	Guia de entrevista para a enfermeira materno infantil	207
F	Guia de entrevista para a assistente médica da enfermeira materno infantil	208
G	Guia de entrevista para a mãe da criança que comparece à consulta da EMI	209
H	Instrumento de autorização para desenvolver a pesquisa	211
I	Instrumento de consentimento livre informado para o pessoal de saúde	212
J	Instrumento de consentimento livre informado para a mãe do menor que comparece à consulta da EMI. Entrevista realizada na unidade de medicina familiar	213
K	Instrumento de consentimento livre informado para a mãe do menor que comparece à consulta da EMI. Entrevista realizada no domicílio	214

APRESENTAÇÃO

O nível de saúde é um dos indicadores de bem-estar e de qualidade de vida e através dele é possível observar e examinar os processos econômicos, políticos, culturais, demográficos, científicos e tecnológicos que marcam cada época (FRENK et al., 1998).

Na atualidade os países do mundo enfrentam uma crise da saúde, portanto, universal. Ela manifesta-se nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação dos usuários. A ineficiência dos sistemas de saúde tem sua face visível na crise do financiamento, determinada de um lado, por um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção à saúde e, de outro, numa irracionalidade na alocação dos recursos, que pode ser medida pela forma como as sociedades alocam os recursos escassos da saúde para enfrentamento dos problemas sanitários o que se expressa na concentração dos gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde (MENDES, 1996).

A dimensão da ineficácia é dada pela falta de correspondência entre o incremento dos gastos em saúde e seu impacto nos padrões sanitários das populações. Dados do Banco Mundial mostram que não há correlação entre gastos em saúde, esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil (MENDES, 1996).

A terceira dimensão da crise é a da iniquidade, que se refere, a disponibilidade de atenção à saúde e tende a variar inversamente com as necessidades da população. Vai manifestar-se, também, na forma como se distribuem os recursos de saúde. Por fim, a crise da saúde está determinando um

generalizado descontentamento popular, não há correlação entre a satisfação dos usuários com os gastos *per capita* em saúde (MENDES, 1996).

Assim, os países do mundo, encontram-se em uma busca comum de melhores formas de organizar e financiar os serviços de atenção à saúde. Uma grande parte do movimento de reforma tem se originado pela compreensão de que os sistemas de saúde devem se renovar. O Sistema de Saúde Mexicano iniciou o processo de reforma com a intenção explícita de transformar as instituições de saúde para seu melhoramento e estabeleceu como propósitos principais: equidade, qualidade e eficiência (FRENK, 1994).

O Instituto Mexicano da Seguridade Social (IMSS) é o principal provedor da atenção à saúde para a população mexicana, atendendo aos trabalhadores do setor formal da economia, assim como a seus dependentes econômicos diretos. "O modelo de atenção à saúde que o IMSS tem desenvolvido é de caráter integral baseado na prevenção, cura e reabilitação, no entanto a ênfase principal sempre tem sido a cura, ou seja, a atenção ao dano e não a sua prevenção, o que somado à transição demográfica e epidemiológica tem se traduzido em elevados gastos com o atendimento médico e em coberturas e impactos limitados para as ações de caráter preventivo" (IMSS, 2002b).

Ante tal situação o IMSS dentro de seu processo de melhoria da atenção à saúde, desenhou e implantou no ano 2002, a estratégia de Programas Integrados de Saúde, conhecida como PREVENIMSS, com o enfoque na proteção da saúde de grupos populacionais, definidos de acordo a transição demográfica e epidemiológica, entre os que se encontra o grupo de crianças menores de 10 anos, já que se reconhece que a atenção e cuidados que recebem as crianças no ambiente familiar e social durante os primeiros anos de vida, definem muitas de suas características

na fase adulta (IMSS, 2002b).

A população infantil tem sido um grupo prioritário nos esforços mundiais de atenção à saúde, tal como foi demonstrado durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança realizado na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, no dia 30 de setembro de 1990. Neste Encontro, os líderes mundiais se comprometeram a trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças e das mães, a combater a desnutrição e o analfabetismo e a erradicar as doenças que têm causado a morte de milhões de crianças a cada ano (BRASIL, 2002).

Assim foram impulsionadas ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na redução da morbimortalidade materna e infantil. Dentre elas destacam-se a atenção ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança (CD), as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços na atenção à criança (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001; BRASIL, 2002).

Foi definido que o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança é o eixo central do atendimento, pois, essa atividade garante a qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social. Além do mais, possibilita a visão global da criança, inserida no contexto em que vive, permitindo a humanização do atendimento, na medida em que se pode conhecê-la mais e melhor, inclusive nas suas relações no ambiente familiar (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001, BRASIL, 2002, IMSS, 1998b).

Em países como Canadá e os Estados Unidos da América do Norte a atenção à saúde da criança é identificada como atividade de atenção à criança sadia, “well

child care”, que é o componente central dos serviços de saúde comunitários. Uma consulta à criança sadia, tem quatro componentes principais: imunização, monitoramento do crescimento, avaliação do desenvolvimento e educação para a saúde (EDOUARD, 1997; HEMMELGRAN et al. 1992; PALMER, 1999).

No caso de México conta-se com a Norma Oficial Mexicana para o Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, publicada no Diário Oficial do México em 14 de abril de 1994, com "o objetivo principal de se detectar à população de risco e oferecer pautas para as ações pertinentes e específicas que evitem danos à saúde, salientando que o manejo de critérios universais permite comparações internacionais do crescimento infantil" (MÉXICO, 1994, p.3).

Assim, a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos (VNCD) esta contida na cesta básica de serviços de saúde, a qual inclui "um conjunto determinado de serviços promocionais, preventivos e curativos de saúde ofertados a toda população com objetivo de universalizar sua cobertura e reduzir as iniquidades em saúde, a qual deve ser estabelecida de acordo com o perfil epidemiológico da população, dos seus diferenciais de riscos , da disponibilidade de recursos existentes em cada país para saúde e segundo as preferências sociais e as opções políticas vigentes" (MENDES, 1996).

As atividades são desenvolvidas nos centros de saúd que pertencem à Secretaria de Saúde para atenção à saude a população aberta e nas unidades de medicina familiar do IMSS, instituição da Seguridade Social que atende a mais do 50% da população mexicana que é população adscrita (MÉXICO, 2001b).

O IMSS tem uma equipe de atenção à saúde para proporcionar a VNCD ao menor de 5 anos. A equipe está integrada por um grupo de profissionais da saúde

entre os quais se encontram o médico, assistente médica, assistente social, psicólogo, odontólogo, nutricionista e enfermeira materno infantil (EMI), (IMSS, 1998b).

As atividades que deve realizar a EMI estão contidas na Normativa em Saúde Infantil, entre as quais se identifica que a EMI outorga a atenção da vigilância e controle da nutrição, crescimento e desenvolvimento do menor de 5 anos, detecta fatores de risco, cumpre as indicações do médico familiar e educa a mãe ou familiar responsável para o alcance de hábitos e condutas favoráveis à saúde do menor, encaminhamento odontológico preventivo e ao médico no caso de identificar sintomas e sinais de alarme (IMSS, 1998b)

A inclusão da EMI nesta equipe da VNCD, ocorreu no ano de 1983 fato que segundo o IMSS "permitiu dar maior efetividade e coesão à equipe multidisciplinar de saúde, o que tem permitido que a população atendida a reconheça como educadora, promotora de saúde e efetiva conselheira" (IMSS, 1992).

Mas, pelo interesse de demonstrar que os programas de saúde têm possibilitado contribuição à saúde da população, levou alguns autores a realizarem estudos para avaliar a VNCD ao menor de 5 anos. Mediante a revisão da literatura localizou-se um estudo onde se avaliou a atenção materno infantil em cinco unidades de medicina familiar na cidade do México mediante indicadores quantitativos. Este estudo só avaliou a atenção proporcionada pelos médicos familiares aos menores de 1 ano, mediante os seguintes indicadores: número de consultas ao finalizar o primeiro ano de vida, peso, número e tipo de vacinas (VEGA-VEGA, 1993).

Ramírez, Nájera e Nigenda (1998), em serviços ambulatoriais da Seguridade Social identificaram que a percepção da qualidade da atenção dos serviços de

saúde no México, está representada em sua maioria pelas características do processo da atenção (44.8%) e que os principais motivos que definiram a qualidade de atenção como boa foram: o trato pessoal (23.2%) e a melhoria em saúde (11.9%). Além do mais que aqueles que utilizaram os serviços de seguridade social, perceberam 2.6 vezes mais freqüente má qualidade de atenção que aqueles que procuram os serviços privados.

Outros estudos têm documentado que os pais querem falar com os provedores da atenção à saúde acerca de recomendações na valoração do desenvolvimento, tais como alimentação, nutrição, sono, prevenção de lesões, aprendizado infantil, comunicação e conduta, disciplina e controle de esfínteres. Estão dispostos também a discutir temas delicados como o bem-estar psicossocial e riscos em sua família, tais como tabagismo, uso de álcool e drogas, depressão, saúde mental e violência familiar (BETHELL et al., 2001).

Uma grande quantidade de oportunidades para identificar e responder as preocupações e perguntas dos pais, não são consideradas pelo pessoal de saúde. Os estudos demonstram que os provedores tendem a subestimar as preocupações dos pais sobre a paternidade, o estado de desenvolvimento dos filhos, assim como a presença de riscos psicossociais à saúde da criança (BETHELL et al., 2001).

Os cuidados proporcionados são quase sempre orientados à execução de técnicas e procedimentos e nos últimos séculos, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de produção de técnicas cuidadoras, sendo necessário construir uma nova maneira de se produzir saúde, tentando construir um agir cúmplice do trabalhador com a vida individual e coletiva (BETHELL et al., 2001; MERHY, 1997, 2002).

Na atualidade, um dos temas mais tratados e problemáticos, vem sendo o

modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde. Isto ocorre principalmente quando o processo produtivo é o das práticas de saúde, por causa de sua natureza muito menos estruturada, e do fato de que, no interior destas práticas, está-se permanentemente diante da constituição de um espaço intercessor trabalhador-usuário, como o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo, que se define no interior de um processo quase- estruturado (MERHY, 1997, 2002).

E já que o trabalho da EMI é trabalho em saúde, trabalho vivo, trabalho criador, e dado o interesse científico de analisar o que ocorre nesse espaço intercessor trabalhador-usuário, foi preciso desenhar um estudo na abordagem qualitativa, tendo o processo de trabalho da EMI como objeto e visando compreender o que tem ocorrido dentro da "caixa preta", no seu dia-a-dia e assim poder compreender a intencionalidade do trabalho em saúde.

As justificativas expressas até aqui constituem a base do presente estudo de investigação, o qual tem como objetivo geral analisar o processo de trabalho da enfermeira materno-infantil (EMI), orientado ao cuidado da criança sadia no Programa de Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança menor de 5 anos em uma instituição da Seguridade Social no México.

Estabeleceu-se como objetivos específicos:

- a) analisar a linha de produção do cuidado à criança sadia da enfermeira materno infantil e verificar o perfil assistencial oferecido aos usuários (mães e crianças de 0 a 5 anos).
- b) analisar e compreender as potencialidades e limites do processo de trabalho da enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia para produzir cuidado centrado nas necessidades do usuário (mães e filhos).

c) analisar e compreender como as mães percebem o que é e como é o cuidado da criança sadia proporcionado pela EMI.

A abordagem qualitativa foi considerada apropriada, já que permitiu realizar uma análise crítica e reflexiva do processo de trabalho da EMI e identificar e compreender como se realiza o cuidado de enfermagem e qual a intencionalidade que o preside.

Este trabalho foi desenvolvido em torno das considerações teóricas de Mendes-Gonçalves (1994), que propôs o conceito de Organização Tecnológica do Trabalho, a qual se refere aos “nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante, realizada através de instrumentos, considerados no sentido amplo, sendo o conhecimento o principal destes porque orienta todo o processo, os objetos do trabalho e a finalidade”.

Além de se fundamentar nas concepções do processo de trabalho em saúde estabelecidas por Mendes-Gonçalves (1994), agregou-se também as concepções de Merhy (1997, 2002), que no mesmo fio condutor teórico, traz a discussão as tecnologias leves em saúde, o trabalho vivo em ato e o autogoverno dos trabalhadores nos serviços de saúde.

Para a fundamentação teórica do processo do trabalho de enfermagem, se consideraram dentre outras as produções de Almeida (1991), Almeida e Rocha (1997), Lima (1996), Mishima et al. (1997) e Mello (1998).

===== *O objeto em estudo e a fundamentação teórica*

CAPÍTULO I

O OBJETO EM ESTUDO E A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. O objeto em estudo – O processo do trabalho da enfermeira¹ materno infantil orientado ao cuidado da criança sadia

De acordo com Almeida e Rocha (1997), quando se estuda a enfermagem, o mais freqüente é considerá-la como uma profissão e como tal com um estatuto socialmente reconhecido e formalmente legalizado, e sendo uma profissão, deve se constituir dos critérios de autonomia, compromisso, sentido de comunidade, código de ética e de um período de capacitação longo e especializado (SCHWIRIAN, 1998).

Com relação a sua competência profissional o Plano Reitor de Enfermagem (2001-2006), estabeleceu como missão da enfermagem no México, oferecer serviços assistenciais efetivos com sentido humanitário dirigidos ao cuidado da saúde da pessoa, família e comunidade com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, proporcionados por pessoal profissional competente, sustentadas em uma sólida formação acadêmica centrada no domínio da profissão e nos valores éticos (MÉXICO, 2001a).

Atualmente, pode-se afirmar que enfermagem encontra-se avançando no “continuum” ocupação-profissão, como assinala Schwirian (1998) e muito provavelmente se encontre mais próxima do extremo em ser considerada uma profissão. Porém, o interesse central deste estudo não é tomar a enfermagem e determinar o quanto ela é uma profissão, ou seja, se tem todos os requisitos de uma profissão, mas sim estudá-la

¹ Utilizou-se a terminologia enfermeira no gênero feminino por considerar que a profissão de enfermagem é exercida em sua maioria por mulheres.

como uma prática social, como um trabalho e entendê-la no próprio desempenho deste, ou seja, no processo de trabalho em saúde.

Assim, sendo, é importante caracterizar seus elementos constitutivos, ou seja, seu objeto, instrumentos ou meios de trabalho, agentes, finalidade e intencionalidade, de acordo com o conceito de organização tecnológica do trabalho proposto por Mendes-Gonçalves (1994) e os fundamentos teóricos do trabalho vivo em ato e tecnologias em saúde conforme estabelecidos por Merhy (1997)².

Esta forma de análise não é freqüente, já que as profissões da saúde, principalmente a medicina são tomadas como desvinculadas do mundo do trabalho que obedece às leis sociais de necessidades, de carências. Esta desvinculação coloca a medicina acima e fora do mundo do trabalho, exaltando suas qualidades de verdade, ciência e dedicação (MENDES-GONÇALVES, 1988). Acrescenta-se que esta visão ocorre também nas outras profissões da área da saúde, como na enfermagem (ALMEIDA, 1991).

Em alguns países, como no Brasil, já se tem uma produção científica considerável que toma a enfermagem como prática social. Esta vertente teve início na década de 80, dez anos após algumas áreas da medicina já terem produzido trabalhos nesta direção, ou seja, compreender a prática médica e sua vinculação com as determinações das instâncias sociais, econômicas e políticas da sociedade. Tomar a enfermagem como prática social possibilita compreender sua evolução histórica e social e as contradições da profissão, ou seja, a acentuada divisão técnica e social de seu trabalho, as razões da existência de várias categorias ocupacionais, na mesma profissão, as relações de poder e hierarquia entre as profissões da saúde, as determinações econômicas, políticas e sociais, delineando a prática (ALMEIDA, 1991; ALMEIDA; ROCHA, 1989; ALMEIDA;

² O que será retomado mais adiante no item 1.2, deste mesmo capítulo.

ROCHA, 1997; ROCHA, 1987; MISHIMA et al. 1997).

A partir da década de 90, os autores destes estudos e com a contribuição também de outros, fizeram uma inflexão agregando àquelas fundamentações macroestruturais, da década de 80, as compreensões microestruturais dos processos de trabalho em saúde e enfermagem. Assim, nos estudos das práticas, agregou-se a compreensão dos sujeitos, sua intersubjetividade, sua potencialidade e seu autogoverno (AYRES, 2002; MERHY, 1997, 2002).

No México, conta-se com escassa produção científica que considera a enfermagem como prática social. Uma contribuição importante é a de Martínez et al. (1985, 1993) que aplicaram a metodologia do estudo de caso à enfermagem e realizaram uma análise sociológica desta profissão, com o objetivo geral de explorar a possibilidade de inovações na carreira e profissão de enfermagem, adequar melhor seu desenho curricular e seu exercício profissional às necessidades básicas da maioria da população, assim como propor modelos alternativos tanto para a prática profissional como para a educação de enfermagem.

Identificaram-se três etapas importantes no desenvolvimento da enfermagem no México: a enfermeira sanitaria, a enfermeira hospitalar e a enfermeira parteira. A enfermeira hospitalar e a enfermeira parteira, nos anos 20 do século passado, gozavam de autonomia que lhes permitia a tomada de decisões na atenção dos pacientes, no entanto, os autores referem que estes dois modelos desapareceram, já que existiam conflitos internos nas equipes de enfermeiras; portanto o médico apropriou-se das chefias de enfermagem e da atenção aos partos e às enfermeiras foram designadas às atividades relacionadas com a limpeza dos instrumentos e outras atividades manuais.

Em relação à enfermeira sanitaria depois considerada como EMI, os autores referem que este modelo reafirma a presença da enfermeira no campo sanitário, já que é

aqui onde seus serviços podem contribuir para que a saúde das classes populares seja interpretada e atendida em conformidade com suas implicações sociais. Esses serviços podem-se orientar a gerar estruturas de saúde autogestadas e democráticas e a enfermeira pode atuar com maior autonomia.

A enfermeira sanitária deve estar capacitada para conhecer, prevenir e atender os problemas de saúde mais freqüentes nas comunidades em relação ao cuidado da criança e promoção da saúde da comunidade. Assim, os autores enfatizaram a necessidade do enfoque preventivo na atenção à saúde, em contraposição ao enfoque curativo dominante, o que se traduziria em melhor aproveitamento dos espaços potenciais para a enfermagem, ressaltando que as tarefas de prevenção no trabalho comunitário, atenuam o predomínio das atividades intramurais hospitalares, diminuem os custos da atenção, obrigam a profissão médica a compartilhar sua hegemonia com outras profissões e, sobretudo, orientam mais diretamente os serviços de saúde no nível primário de atenção (MARTÍNEZ et al., 1985, 1993).

Em relação à atenção materno infantil em 1983 a Subdireção Geral Médica do IMSS "instruiu o reordenamento e sistematização da atenção materno infantil com sentido integral" (IMSS, 1998b). Nesta etapa se considerou a incorporação da enfermeira sanitária na atenção direta às mulheres grávidas e às crianças de baixo risco, "fato transcendente que proporcionou maior efetividade e coesão à equipe multidisciplinar de saúde que intervém na Vigilância Materno Infantil" (IMSS 1992). A partir de então se denomina a EMI (Enfermeira Materno Infantil) como a enfermeira que pertence a esta equipe de saúde.

O IMSS sendo o principal provedor dos serviços de saúde à população mexicana, "com um modelo de atenção de caráter integral, com base na prevenção, cura e reabilitação, reconhece que a ênfase principal da atenção que proporciona sempre tem

sido a cura, ou seja, a atenção às doenças e não à sua prevenção. Isto somado à transição demográfica e epidemiológica, tem se traduzido em elevados gastos de atenção médica e em coberturas e impactos limitados para as ações de caráter preventivo" (IMSS, 2002b). Sendo que em 2001, foi consenso a implantação da estratégia Programas Integrados de Saúde (PREVENIMSS), a qual foi implementada a partir do ano 2002.

PREVENIMSS crianças está dirigido menores de 10 anos. Mas a atenção que proporciona a enfermeira materno infantil (EMI) no Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento considera só às crianças menores de 5 continuando posteriormente a atenção com o médico familiar. A EMI também proporciona atenção à mulher grávida de baixo risco desde a 12^a semana até a 35^a semana da gestação.

Mediante a revisão da literatura e a observação realizada no campo, enquanto fase preparatória para a coleta dos dados, identificou-se que no caso da mulher grávida, esta é quem recebe diretamente o cuidado e no caso da criança menor de 5 anos a mãe é executora principal do cuidado, ou seja, é sujeito/objeto de atenção, e já que, a atenção à criança sadia inclui atividades de cuidado específicas e de grande amplitude e complexidade, decidiu-se delimitar o objeto de estudo ao processo de trabalho da enfermeira materno infantil (EMI) no cuidado à criança sadia até 5 anos de idade, já que os cuidados que recebem as crianças no seu ambiente familiar e social durante os primeiros anos de vida definem muitas de suas características na etapa adulta, que na maioria das vezes considera-se que é mais importante que a carga genética herdada de seus pais.

Assim, também se considerou importante a questão da autonomia da enfermeira que vem sendo muito discutida e debatida em vários países, e vem sendo colocada em ação várias estratégias para possibilitar esta autonomia. A consulta de enfermagem no

Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos foi introduzida com a finalidade de proporcionar maior proximidade e permitir a escuta e identificação das necessidades das crianças e mães. Considero que de fato a consulta de enfermagem é um espaço no qual a enfermeira pode estabelecer uma relação de interação caracterizada pelo acolhimento, a escuta e a confiança com a mãe e seu filho e assim proporcionar o cuidado de enfermagem reafirmando seu núcleo de competência e autonomia.

1.2. Fundamentação teórica

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada por pessoas que utilizam um saber advindo de outras ciências e um saber produzido por ela própria, para apreender o objeto da saúde naquilo que é de seu campo específico (cuidado de enfermagem) visualizando o produto final, ou seja, atender às necessidades sociais e no caso da saúde a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde a nível da população (ALMEIDA, 1991).

Entendendo saúde, tal como assinala Nunes (2002, p. 255),

A palavra saúde se origina do latim *salus*, que significa *saúde completa, salvo, salvação [...]*, em suma integralidade. Vista deste ângulo não permite fragmentação em saúde física, mental e social, portanto parte-se de uma visão holística [...], que supõe entendê-la na interface de uma grande diversidade de disciplinas.

Portanto, a concepção de saúde não pode ser tomada de maneira formal e unívoca, como se fosse simplesmente a ausência de doença. Esta é histórica, o que conduz a uma reflexão da saúde desde uma perspectiva social, movimento denominado Medicina Social que se iniciou no século XIX em alguns países europeus como França, Alemanha e Inglaterra. É no século XIX, na Inglaterra, que surge a enfermagem como uma prática que possibilitou o projeto de recuperação do indivíduo, a higiene, a disciplinarização e a organização do hospital enquanto local de cura (FOCAULT, 1988; ALMEIDA, 1991).

A enfermagem se institucionaliza neste movimento do nascimento da clínica

conjuntamente com a institucionalização do hospital; necessidades sociais que emergem com o capitalismo já que era necessário controlar a escassez de força de trabalho e a saúde foi um desses mecanismos para cuidar da força de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Não só o modelo clínico surge com o capitalismo para resolver as necessidades de saúde prioritárias da sociedade capitalista. Em 1979 surge no Brasil outra vertente o modelo de saúde coletiva no qual a concepção da doença não é o fenômeno individual centrado no corpo doente, mas é a concepção da doença como fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia por um dos pressupostos fundamentais.

Estes dois modelos, a clínica e a saúde coletiva, não são excludentes, são dimensões de uma mesma realidade, a saúde que é dinâmica e contraditória. Assim, para o controle da ocorrência de enfermidades na população se necessitam de outros instrumentos, além do saber anátomo-biológico, que é o instrumento essencial do trabalho no modelo clínico. A clínica tomada no modelo epidemiológico é um de seus instrumentos de trabalho, é o primeiro momento do processo, que com outros instrumentos como o saneamento ambiental, a educação em saúde, as ciências sociais, os trabalhos de grupo e outras ações educativas se conjugam ao saber epidemiológico a fim de controlar a ocorrência da enfermidade na população (MENDES-GONÇALVES, 1988).

Como a enfermagem é um espaço do trabalho em saúde também vai estar presente na produção de serviços de saúde no nível coletivo e será também um instrumento de trabalho, mas agora não do trabalho médico, mas sim um dos instrumentos para alcançar a saúde coletiva. A enfermagem que se realiza nas instituições que contemplam a saúde coletiva tem sido denominada “enfermagem de saúde pública”, terminologia que sofre variações em consonância com as propostas históricas do setor saúde, exemplo disto é a designação de “enfermagem comunitária”, de acordo a proposta

de Medicina Comunitária surgida na década dos 60 nos Estados Unidos da América, a qual se estendeu na década dos 70 aos países latinos (ALMEIDA, 1991).

Castrillón (1997) ao analisar a prática de enfermagem nos serviços de saúde afirma que os profissionais têm se distanciado das atividades diretamente relacionadas a seu preparo técnico, assumindo as atividades de administração de recursos materiais. Segundo a autora “na prática hospitalar não se tem autonomia já que suas decisões encontram-se entre a administração superior e a autoridade técnica do médico”. Mas na enfermagem comunitária existem condições para desenvolver um modelo profissional autônomo, de maior impacto na gestão e acompanhamento dos projetos participativos de saúde, nos campos de promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, neste espaço a presença de profissionais de enfermagem é menor e estes precisam de maior fundamentação no conhecimento das relações saúde – sociedade.

A estratégia de promoção da saúde é reconhecida na atualidade como um componente fundamental das políticas e programas de saúde em todos os países, na busca da equidade e de uma melhor saúde para todos. A promoção da saúde é "um processo que proporciona às populações os meios necessários para exercer um maior controle sobre sua própria saúde e assim poder melhorá-la o que contribuiria para a sua qualidade de vida" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 1986).

No caso do México, como parte do desenvolvimento da enfermagem mexicana, encontra-se a etapa da enfermeira sanitária, a qual surge em 1921, a partir da Revolução Mexicana com o saber da epidemiologia como instrumento de trabalho para o controle das doenças transmissíveis e doenças venéreas, utilizando como instrumentos a visita domiciliária, a educação em saúde, o saneamento ambiental e o trabalho em grupos (MARTÍNEZ et al., 1985, 1993).

Seu objeto de trabalho foi a saúde de grupos específicos da população: crianças,

mulheres grávidas, pessoas portadoras de doenças transmissíveis como tuberculose e portadoras de doenças venéreas, entre outras. As enfermeiras tinham também como objetivo mobilizar as comunidades para que estas com seus próprios recursos humanos e materiais, tomassem parte ativa na solução de seus problemas.

Durante esta etapa histórico-social, o trabalho de enfermagem se distinguiu por se apropriar dos momentos intelectuais e manuais do processo de trabalho. No entanto, como os homens reproduzem a estrutura de classe social no trabalho e como historicamente o médico assegura o espaço de poder sobre os outros trabalhos, o caso da enfermeira sanitaria não foi exceção.

Na metade da década de 60, a visita domiciliar pouco a pouco foi desaparecendo bem como as chefias de enfermagem, as quais foram substituídas por pessoal médico. Foi introduzido também pessoal sem formação específica em saúde que trabalhava ao menor custo e com maior submissão às ordens médicas.

Posteriormente, na década de 80, se introduz no México um programa de saúde chamado Clínica da Criança Sadia em uma clínica privada de atenção à saúde, tendo como objetivo proporcionar um espaço para a escuta das preocupações da mãe no cuidado de seu filho e para a vigilância em saúde, ou seja, "uma atenção centrada na qualidade de vida, que propõe intervenções que não se limitam aos resultados dos agravos em si, mas contemplam os condicionantes e os determinantes do processo saúde-doença, a partir de um sistema de monitorização constante, lançando mão de outras disciplinas e saberes, bem como de outros setores que não os que tradicionalmente subsidiaram o trabalho em saúde" (CHIESA; BERTOLOZZI; FONSECA; 2000 apud PEDUZZI, 2000, p.2).

Posteriormente, em 1983 se implementou o Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos no IMSS, componente da

seguridade social. Com a incorporação de enfermeiras sanitaristas, identificadas agora como EMI, "buscou-se uma estratégia que contribuiria para outorgar atenção médica integral, com o objetivo de incrementar o nível de saúde da população assegurada menor de 5 anos, diminuir as taxas de desnutrição na população infantil e pré-escolar e diminuir a morbidade e mortalidade" (IMSS, 1998b).

Esta noção de "atenção médica integral" referida pelo IMSS, nos remete a análise da integralidade que segundo Mattos (2001) ao discutir os sentidos da integralidade assinalou que este termo é usado correntemente para se referir a um atendimento integral. Integralidade pode ser considerada como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Assim, integralidade é um uso prudente do conhecimento que é o eixo das intervenções, mas, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos. A abertura dos profissionais para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar - como as simples necessidades de conversa - também ilustra a integralidade. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido da integralidade (MATTOS, 2001).

Por outro lado, ainda que a integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde, portanto, a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nesse sentido, talvez, é mais útil falar da integralidade como uma

dimensão das práticas (MATTOS, 2001).

Mas quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional com o usuário, como no caso da EMI, caberá quase que exclusivamente a esse profissional a realização da integralidade. Mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por exemplo as cobranças da produtividade podem, tanto no caso das consultas de EMI ou no caso das vacinas aplicadas por outras enfermeiras, impedir que se preste um atendimento integral. Integralidade, portanto é um valor que merece ser definido em relação a todas as práticas de saúde e não apenas em relação as práticas de saúde da EMI.

Starfield (2002) refere que a integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Já que, a atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para estas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população.

No entanto, na atualidade a Reforma Sanitária ante a crise mundial da saúde traz consigo o esforço de construção de novos modelos de atenção à saúde e a reorientação das práticas de saúde, visualizando um maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. Segundo Merhy (1997) a reforma dos serviços de saúde é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano de seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, não servirão para quase nada.

Merhy (2002) propõe o estabelecimento de um núcleo cuidador. A dimensão cuidadora visa produzir processo de falas e escutas, relação intercessora com o mundo

subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo. O núcleo cuidador favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os diversos profissionais, que permita estabelecer um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Neste processo há pelo menos duas questões básicas: todo profissional de saúde é sempre um operador de cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e ao ser responsável pelo projeto terapêutico, estará sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção.

Merhy (2002) refere-se ao ato de cuidar, como a alma dos serviços de saúde e assinala que no campo da saúde o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos aos quais se quer chegar. Ressalta a necessidade de construir uma nova maneira de produzir saúde, que procure enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nas instituições de saúde, tentando construir um atuar com colaboração e participação do trabalhador com a vida individual e coletiva, que permita construir um modo competente de realizar uma mudança de um modelo de atenção procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado.

Cuidado, tem sido descrito como a "essência da enfermagem", como a característica central, dominante e unificadora de enfermagem, segundo Leninger (1988 apud MORSE, 1991). O cuidado tem sido conceitualizado como intervenção terapêutica, centrado nas necessidades do paciente que a enfermeira possa satisfazer, as metas do

paciente são o mais importante e a atenção de enfermagem deve ser dirigida a cumprir estas metas.

Gaut (1986 apud MORSE, 1991) considera o cuidado como uma tarefa humana intencional e afirma que qualquer ação pode ser descrita como cuidado, só assim o sujeito tem identificado a necessidade de atenção do objeto de seu cuidado. O sujeito seleciona e implementa uma ação com a intenção de servir como meio para uma mudança positiva e bem-estar do objeto de seu cuidado. Portanto a enfermeira tem que reconhecer as necessidades do usuário e implementar uma ação com o objeto de conseguir a autonomia do usuário.

Para outros autores o cuidado é descrito como interação interpessoal, como uma tarefa mútua entre a enfermeira e o paciente; quando ocorre o cuidado ambas as partes têm que ser comunicativas, confiantes, respeitadas e comprometidas entre si. A interação recíproca significa que da mesma forma que o paciente é enriquecido, também o é a enfermeira. Enfatiza-se a integração de sentimentos e ações no encontro de cuidado para que a intervenção seja ministrada *com cuidado* e seja qualitativamente diferente de um encontro de *no cuidado* (MORSE, 1991).

Ayres (2002) fez uma distinção entre o “tratar” referido como uma assistência absorva no desenvolvimento ilimitado de sua arte tecnocientífica e o “cuidar” como uma dimensão prática, congênere da arte e tecnociências da assistência à saúde de raízes hipocráticas. O autor defende a tese de que no cuidar repousa a dimensão reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida. Em outras palavras, cuidar nas práticas de saúde constitui-se no desenvolvimento de atitudes e em espaços de genuíno encontro intersubjetivo de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde.

Peduzzi (2000) ao discutir a inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família,

refere que isto, pode por um lado, reforçar a dimensão do cuidado e sua articulação às ações de tratamento e, por outro, ampliar o significado do próprio cuidado de enfermagem, no sentido trazido por Merhy e Ayres, possibilidade presente no cuidado prestado pela EMI.

Cabe destacar que para atingir essas finalidades, o conjunto dos atos produz certo formato do cuidar: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, conjugam os saberes e as práticas implicadas com a construção dos atos cuidadores e conformam os modelos de atenção à saúde. No entanto na vida real dos serviços de saúde, tem se demonstrado que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a recuperação e a promoção da saúde.

Ademais, na atualidade os usuários de saúde apreciam o trato pessoal, o estabelecimento de uma relação de confiança e de compromisso e, no Brasil, como em outras partes do mundo, os usuários atualmente reclamam não a falta de conhecimento tecnológico na atenção, mais sim uma falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços, em torno de si e de seu problema. Os usuários sentem-se inseguros e desinformados (MERHY, 2002; RAMIREZ et al., 1998; RISSER, 1975).

Segundo Merhy (1997), o encontro entre um usuário portador de uma necessidade de saúde, com um trabalhador portador de um arsenal de saberes específicos e práticas, estabelece um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um ao trazer consigo a representação de um dado problema/necessidade de saúde, procura obter nesse encontro no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a sinceridade, responsabilidade e confiança na intervenção como uma possível solução. O outro, pretende também nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta busca não necessariamente está relacionada com o que o outro espera.

Para o usuário, a necessidade de saúde, neste momento apresenta-se como um problema que ele sinceramente vive como uma questão de saúde a ser enfrentada com ajuda de alguém. Continuando com Merhy (1997) é importante perceber também que os processos de aceitação do problema de saúde/necessidade, são muito variados em termos dos distintos critérios adotados. O importante neste momento é descrever o mais detalhadamente possível os mecanismos utilizados para decidir se o que o usuário apresenta se constitui em uma necessidade que o trabalhador de saúde pode satisfazer, além de descrever como se realiza, quem o realiza, para que o para onde é enviado. Podemos dizer que estes critérios são os que dão um certo sentido e concretizam o conceito de necessidade de saúde. É aqui onde se visualiza se o problema de saúde/necessidade representado pelo usuário, servirá ou não de base para construir seu processo de atenção e cuidado.

Há um momento de decisão no qual se devem registrar os distintos critérios que os serviços utilizam para poder decidir se o que o usuário está referindo como um problema de saúde, será ou não objeto de uma ação do serviço, é dizer objeto de alguma intervenção tecnoassistencial. Nesta etapa concretiza-se um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um objeto de ação de saúde.

O que interessa neste momento é saber que há uma definição do que se vai fazer com as pessoas que procuram o serviço, se ficam para ser atendidas, porque ficaram, quem são elas, e como são atendidas, podendo-se assim perceber o autogoverno do trabalhador, sua amplitude, que lhe dá inclusive a possibilidade de privatizar o uso de este espaço de acordo ao modelo tecnoassistencial e, segundo Merhy, Cecílio e Nogueira (1991, p. 83):

“Ao falar de modelo sempre se faz referência a duas situações: uma que se refere ao aparelho institucional utilizado para organizar as ações de saúde como serviços e a outra que assinala a configuração do que se considera como problema de saúde, entendendo deste modo que os modelos assistenciais sempre estão apoiando-se em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, pelo que damos preferência a uma denominação dos modelos como tecno – assistenciais, pois consideramos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. Quando discutimos qual é o modelo tecnoassistencial que orienta a organização da produção dos serviços de saúde da criança [...], queremos entender no primeiro lugar qual é o problema objeto das ações de saúde e em segundo lugar entender quais caminhos de atuação são possíveis para interferir neste processo, com que instrumentos, com que trabalhadores, com que configuração institucional e de serviços e com que modo de produção. Em terceiro lugar queremos entender como um determinado grupo social faz de seus projetos e interesses, elementos componentes dos problemas de saúde”.

O autogoverno do trabalhador de saúde tem sido discutido particularmente relacionado ao trabalho médico, quando citam sua autonomia no exercício de seu processo de trabalho. Assim Campos (1991) refere autonomia como a possibilidade de definir e escolher, de forma criativa, as técnicas e normas do processo de trabalho específico. Autonomia no processo de trabalho é criar concepções renovadas sobre planejamento e gestão.

Mas de acordo com as exigências dos modos contemporâneos de produzir serviços e dos novos padrões de consciência profissional da força de trabalho em saúde, não têm, valorizado positivamente a tradição dos profissionais de saúde trabalharem com razoável grau de autonomia, e têm como no caso da Programação, tentando subordiná-los a normas típicas de linha de produção, normas, as quais o conjunto de profissionais deveria atender retirando quase que toda possibilidade de autonomia e impedindo a criatividade dos trabalhadores (CAMPOS, 1991). Fato que se considera presente também no processo de trabalho da EMI o qual se desenvolve de acordo à Normativa em Saúde Infantil (IMSS, 1998b).

Portanto, o modo como se organiza o processo do trabalho da equipe responsável

pela atenção à saúde da criança, vai delineando um determinado modelo tecnoassistencial, no qual está imerso o projeto político e ético da atenção. Com a possibilidade de construir um projeto de cuidado, compartilhado por toda a equipe e centrado no usuário para atender suas necessidades para acolhê-lo, escutá-lo e estabelecer uma relação de autonomia e responsabilidade, o modelo delineado é de integralidade assistencial. A concepção que se tem de saúde deve ser ampliada, quer dizer, as ações da equipe estarão dirigidas a atender as necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças, a recuperação do indivíduo e o controle da saúde da população (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Mediante a observação prévia realizada no campo de estudo foi possível perceber que no cuidado da EMI, estão contemplados momentos de decisão e autonomia, nos quais se cria uma relação de interseção trabalhador/usuário para atender as necessidades da mãe e de seu filho. Assim, mesmo nestes momentos o trabalhador fará uso dos saberes estruturados ou não para atender as necessidades expressas pelo usuário, e é partir dos momentos do processo do trabalho, a atividade orientada para uma finalidade, seu objeto e seus instrumentos que Mendes-Gonçalves (1994) desenvolveu um profundo raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde discutindo e redefinindo tecnologia.

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde proposto por este autor, se refere aos nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho, entre a atividade operante, realizada através de instrumentos, considerados em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles, porque orienta todo o processo, os objetos do trabalho e a finalidade.

Portanto, tecnologia não tem o significado comum de conjunto de instrumentos materiais, associado a maioria das vezes a maior eficácia e produtividade. Tecnologia é

um conjunto de saberes e instrumentos que expressam nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais na qual seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. Assim, dentro do processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumentos e produtos (momentos), ante as necessidades colocadas e que direcionam a finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que dirige os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida na sociedade.

Posteriormente, Merhy (1997) realizou uma importante contribuição teórica acerca do trabalho e tecnologias em saúde e assinala que no processo do trabalho existem componentes que estão sempre presentes de forma permanente: o trabalho em si, o conjunto de elementos que são tomados como matérias primas, os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho, o qual é articulado por certo modo de organização em torno da realização de um projeto e este modo de organizá-lo se constitui em certa sabedoria que se possui, como qualificação e com os atos vivos realizar um certo produto, é dizer, não basta ter pensado antes o projeto, este tem que ter um certo saber tecnológico, um certo modo de saber fazer, para reunir os componentes e transformá-los. O homem na atividade de produção pode construir mentalmente o objeto antes de ser construído concretamente, esta construção mental é anterior ao processo de trabalho em si e lhe dá certo sentido de perseguir a finalidade de realizar o projeto pensado.

Merhy (1997) com base na teoria do trabalho destaca a distinção, entre: trabalho morto e trabalho vivo. Refere-se a trabalho morto como a todos aqueles produtos - meios que nele estão presentes – ou como ferramenta ou como matéria prima e que são resultado de um trabalho humano anterior, quer dizer, não existiam antes de sua produção como resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado. Trabalho morto se faz presente como uma certa sabedoria em saber ser e assim operar a

produção de determinados produtos típicos deste trabalhador, além do mais se faz presente na forma de uma ferramenta que o trabalhador utiliza para realizar seu trabalho específico no cotidiano.

Trabalho vivo em si significa trabalho em ato, aquele que se realiza no ato de sua realização, em um ato se dando. Pode fazer uso do que está dado e em uma certa medida exercer alguma autonomia. O trabalhador, neste sentido, também pode ter certo autogoverno, o qual estará marcado pela ação de seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e as finalidades que persegue.

No caso da saúde, o usuário de um serviço vai consumir algo (ações de saúde) que tem fundamentalmente um valor de uso, caracterizado como permitir que sua saúde se mantenha ou restabeleça e assim o intercâmbio lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso, um bem – para ele como um valor de uso inestimável - cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia.

O consumo pelo usuário se dá imediatamente na produção da ação, esta não está sendo ofertada no mercado como uma coisa externa, que vai e se pega, e deste modo, no caso da produção/consumo nos momentos finais em saúde, temos a construção de um espaço intercessor entre o usuário e o trabalhador, produtor da ação, no qual o trabalhador institui necessidades e modos de capturá-las (e em processo de captura) de atuar, e o usuário também; neste momento temos um encontro e uma negociação, em ato das necessidades.

Quando se trata de trabalho vivo em saúde, esta autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, em relação aos movimentos de captura pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras) e pelas necessidades, pois ambas as tecnologias estruturadas e necessidades – capturam o trabalho vivo em ato, no processo intercessor que em saúde é sempre um processo quase-estruturado.

Portanto, no processo intercessor produção/consumo existe um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os coloca face a face, não sempre em conflito, a partir dos distintos formatos de necessidades - como falta de ou como aquele que tem o domínio - e as distintas formas de satisfazê-las. As práticas de saúde, portanto são o espaço intercessor trabalhador-usuário, é o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades que se definem no interior de um processo quase-estruturado.

Além do trabalhador ter a possibilidade de “autogoverno” para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho, Merhy (1997, 2002) trabalha com o conceito de tecnologias em saúde. Assim, refere-se a tecnologias em um sentido amplo, pois não se refere exclusivamente a estes como equipamentos ou máquinas, mas inclui como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, assim como para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até em sua dimensão inter-humana. Classifica as tecnologias em duras, leve-duras e leves, advogando a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos [de tecnologias: a leve, a leve-dura e a dura] é que pode produzir qualidade no sistema (MERHY, 2002).

Define tecnologia dura, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais; a tecnologia leve-dura, como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, entre outros saberes das demais profissões que integram a equipe de saúde, estando implícitas na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve é o caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; produz-se no trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário ou

paciente. No momento de conversar e escutar se criam relações cúmplices de vínculo, aceitação e se produz uma responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (MERHY, 1997, 2002).

Então, quando se está diante de uma tecnologia leve, a situação é distinta de quando se está diante de uma tecnologia do tipo dura (como a de realizar uma conduta totalmente normalizada). Isto mostra que no operar da própria clínica (leve-dura), ou nas relações (leve), o processo de operar é mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato, o que também permite redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois a tecnologia leve nunca é escassa, sempre esta em processo, em produção (MERHY, 1997).

No entanto, existem processos produtivos nos quais o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o de trabalho vivo e têm outros que se manifestam de modo contrário; com um processo centrado no trabalho vivo pode-se citar os atos de cuidar em saúde. Estes fundamentos conduziram Merhy (2002, p.46-52), a apresentar dezessete “teses” sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado. Dentre elas destacam-se aquelas que ajudaram a conformar o quadro teórico desta pesquisa:

- falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho, mas em trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de “coisas” (bens/produtos) – que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) – que satisfaçam necessidades;
- o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção;
- o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção;
- por isso as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser

- classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais);
- o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção;
 - para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve tomar-se como eixo analítico vital o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras;
 - a tecnologia em saúde dividida em tecnologia leve, leve-dura e dura, permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecnoassistenciais em saúde, e até mesmo a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir o cuidado;
 - a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões – chave, que é seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde;
 - é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras;
 - desse lugar, pode-se interrogar o formato de realização da tecnologia das relações, como um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde que tem capacidade de expor intensamente “as falhas” do mundo de trabalho em saúde, como o “jogo” dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde.

Atualmente, o modelo PREVENIMSS tem como "objetivo pôr em simetria a quem outorga e a quem recebe o serviço, para que, de maneira co-responsável cumpram as ações para o cuidado à saúde" (IMSS, 2002b). No entanto, o encontro entre um usuário com um trabalhador, já mencionado, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Portanto, além de descrever o que se faz com os que entram, como e quem, e perceber o autogoverno do trabalhador e importante descrever finalmente como saem aqueles aos que se lhes realizou uma intervenção.

Classicamente os serviços de saúde dão saídas dentro de uma tipologia

razoavelmente prevista, por exemplo: alta por cura, por óbito e por abandono (ou fuga), encaminhamento para exames ou para outros serviços assistenciais e retornos dos mais diferentes tipos para o próprio serviço. Descrever o processo, assim como este final é chave para poder analisar, tanto se o processo de intercessor trabalhador/usuário é acolhedor, quanto que tipos de resultados a cadeia produtiva está realizando, o que servirá para a análise da própria adequabilidade do processo ao que lhe é solicitado pelo usuário (MERHY, 1997).

No caso do cuidado que proporciona a EMI podem ser analisados resultados quantitativos como número de consultas com EMI e estado nutricional do menor, entre outros, mas sim o interesse é como se produz o cuidado no espaço intercessor são a EMI e a mãe os sujeitos que possibilitam estas informações. Desta forma, tendo como fundamentação a vertente aqui adotada, ou seja, o processo de trabalho em saúde, no Brasil tem sido realizados vários estudos na área do cuidado de enfermagem à criança, seja no hospital, ou em saúde coletiva. Neste sentido, Rocha (1990) estudou a puericultura e as transformações históricas, ressaltando as contradições desta atenção em saúde; Lima (1998) identificou que a criança hospitalizada tem outras necessidades, além das relacionadas ao corpo biológico, ressaltando a necessidade da instituição do trabalho em equipes multiprofissionais capazes de apreender à criança em sua dimensão biológica, social e em sua subjetividade, incorporando os pais no processo de prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação.

Mello (1998) estudou o cuidado de enfermagem domiciliar no seguimento das crianças prematuras e de baixo peso ao nascer, ressaltando que este envolve cuidar da criança em suas necessidades clínicas, de prevenção de riscos e danos, alimentação e higiene, entre outras e além do mais envolve cuidar da mãe, estando a seu lado, escutando, proporcionando educação em saúde e autoconfiança.

Kamada (2002) identificou os elementos caracterizadores do conjunto de conhecimentos necessários para instrumentalizar a equipe de enfermagem que atua em unidade de terapia intensiva neonatal. Os conhecimentos necessários foram: fisiopatologia, metodologia de assistência com abordagem centrada na família, técnicas de relações interpessoais. Concluiu ser necessário, uma atuação mais incisiva da enfermeira no cuidado de enfermagem, sobretudo nas relações interpessoais entre familiares e equipe.

Assim, considerando que o trabalho da EMI é trabalho vivo em ato comandado/ou não, pelas tecnologias do tipo leve que conduzam ao estabelecimento de um núcleo cuidador paciente-centrado, e de acordo as concepções teóricas do processo de trabalho em saúde, apresentadas até aqui se formularam os seguintes pressupostos desta investigação:

1.3. Pressupostos

- No processo de trabalho da EMI, como no trabalho em saúde, estão implicadas as tecnologias duras, leve-duras e leves, mas são as tecnologias leves as que permitem o estabelecimento de um núcleo do cuidado mãe/filho centrado, que satisfaça as necessidades deste binômio.
- O processo de trabalho da EMI orienta-se à integralidade da atenção à criança sadia com enfoque na promoção da saúde, prevenção e manutenção da saúde.
- As enfermeiras exercem um espaço de autogoverno no processo de trabalho em saúde e este pode e é utilizado em benefício do binômio mãe/filho, quer dizer, permite o acolhimento, a escuta, o respeito, a confiança e a autonomia das mães no cuidado à saúde de seus filhos.
- A mãe que é sujeito/objeto da atenção valoriza as tecnologias leve-duras (os saberes) no cuidado da EMI, bem como as tecnologias leves que lhe permitem expressar suas necessidades, temores e ansiedades.

CAPÍTULO II

ATENÇÃO EM SAÚDE NO MÉXICO

O cuidado da criança sadia na atenção primária em saúde

O Sistema de Saúde Mexicano está constituído por três setores. O primeiro inclui as instituições que prestam serviços à população não assegurada, aproximadamente 40% da população total mexicana - em sua maioria da zona rural e urbana³. As agências mais importantes deste componente são a Secretaria de Saúde (SS) e Regime de Solidariedade Social do Instituto Mexicano da Seguridade Social (IMSS - Solidariedade), (MÉXICO, 2001b).

O segundo setor é a seguridade social que se encarrega de prestar atenção a mais do 50% da população. As instituições que conformam este componente são: Instituto Mexicano da Seguridade Social (IMSS), o qual tem a seu cargo os trabalhadores do setor formal da economia e o Instituto de Seguridade Social e Serviços para os Trabalhadores do Estado (ISSSTE), que atende aos empregados dos serviços públicos. As Forças Armadas têm sua própria instituição de seguridade social, e o mesmo ocorrendo com os trabalhadores de Petróleo Mexicanos (PEMEX), (MÉXICO, 2001b).

O terceiro setor é o setor privado, franqueado àqueles que podem arcar com os custos do serviço. Este componente está formado por uma grande diversidade de prestadores de serviços que trabalham em sua maioria, sobre uma base lucrativa, em consultórios, clínicas ambulatoriais, hospitais e unidades de medicina tradicional (MÉXICO, 2001b).

³ Para pessoas muito pobres.

Em teoria o setor privado deveria atender a 10% da população, entretanto de acordo com dados do Levantamento Nacional de Saúde (2000 apud MÉXICO, 2001b), 21% dos assegurados da seguridade social e em torno de 28% da população não assegurada reportam como sua última fonte de atenção ambulatorial a um prestador privado.

A população assegurada no México, ascende a 39.120.682 habitantes, dos quais 31.523.279 se encontram adscritos aos serviços do IMSS (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA [INEGI], 2000). O IMSS afirma que a população materno infantil é o grupo mais vulnerável e extenso de seus assegurados (IMSS, 1998). Para fins de interpretação é pertinente aclarar o conceito de população assegurada, que se aplica ao registro daquele conjunto de pessoas que por lei tem direito a receber prestações em serviço ou em dinheiro por parte das instituições de seguridade social. Este grupo compreende os assegurados diretos cotizantes, pensionistas e os familiares ou beneficiários de ambos (INEGI, 2001).

Em relação às instituições de assistência social seu universo de atenção está conformado pelo segmento da população total que não é assegurada, à qual se pode outorgar atenção médica de acordo com os recursos humanos e/ou materiais disponíveis nestas instituições (INEGI, 2001).

O Programa Nacional de Saúde expressa que o México quer e requer um melhor sistema de saúde. A população mexicana cresceu mais de sete vezes no século XX, ao passar de 13.5 milhões, em 1900 a 97.5 milhões no ano 2000 (MÉXICO, 2001b); 47.592.253 pessoas pertencem ao sexo masculino e 49.891.159 são do sexo feminino (INEGI, 2000).

A atual estrutura do Sistema de Saúde Mexicano tem mais de 50 anos e

iniciou um processo de reforma com a intenção explícita de transformar as instituições de saúde tendo em vista seu melhoramento, tendo como propósitos principais: a equidade, qualidade e eficiência (FRENK, 1994). O Programa Nacional de Saúde de México 2001-2006 concilia qualidade como o grau em que os serviços melhoram a saúde de maneira congruente com as normas profissionais e os valores dos pacientes, ademais assinala que a qualidade tem duas dimensões: a técnica e a interpessoal (MÉXICO, 2001b).

A dimensão técnica da qualidade busca alcançar os maiores benefícios com os menores riscos, ao prestar os serviços de saúde de acordo com as normas da prática profissional e a dimensão interpessoal, também chamada como calidez da atenção (termo no idioma espanhol que pode se comparar com o termo acolhimento no português do Brasil). Supõe o respeito ao paciente como ser humano e a busca de sua satisfação plena.

No caso da seguridade social, particularmente no IMSS, a porta de entrada ao sistema de saúde é a Unidade de Medicina Familiar que incorpora os princípios da atenção primária, ou seja, é este nível do sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, coordena e integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002)

A proteção à saúde no México se reconhece como um direito no artigo 4º da Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos. Em relação à atenção materno infantil, o Programa Nacional de Saúde 2001-2006 estabeleceu como linha de ação a garantia de um começo igualitário na vida, já que reconhece que a desigualdade

se gera no seio materno, pelo que assinala como indispensável a garantia de uma atenção pré-natal adequada, um nascimento com mínimo de risco, uma vigilância estreita do crescimento e desenvolvimento dos meninos e meninas do México. Estabeleceu como meta para o ano 2006 outorgar atenção integral a todos os menores de dois anos que comparecem a consulta por diarreia, infecção respiratória aguda, desnutrição ou controle da criança sadia (MÉXICO, 2001).

Nestes primeiros anos do século XXI, os recém nascidos, as crianças e os adolescentes constituem quase 40% da população mundial, além de que são considerados como um dos grupos mais vulneráveis, já que as bases da saúde da idade adulta se estabelecem durante a infância e a adolescência e, à medida que as crianças vão crescendo, modificam-se as necessidades e os desafios mais importantes de sua saúde e seu desenvolvimento (OMS, 2001).

A Norma Oficial Mexicana para o Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente de 1994 (NOM-008 SSA 2-1993), assinala que os avanços científicos comprovam que o cuidado integral da criança dentro de seus primeiros cinco anos de vida constitui a base para alcançar a incorporação do indivíduo a uma vida produtiva (MÉXICO, 1994). O cuidado à criança implica implementar atividades de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e recuperação as quais compõem o Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da criança menor de 5 anos, melhor conhecido pelos trabalhadores de saúde como Controle da Criança Sadia.

No México, só se tem disponível como fonte de informação do cuidado à criança menor de 5 anos e a Norma Oficial Mexicana para o Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente (MÉXICO, 1994) e a Normativa em Saúde Infantil (IMSS, 1998b), sendo necessário o apoio bibliográfico

adicional da literatura publicada nos Estados Unidos e Canadá, para uma melhor compreensão dos componentes deste programa.

O propósito principal do cuidado da criança sadia também conhecido como cuidado do bebê sadio, supervisão de saúde, cuidado periódico à saúde da criança ou controle da criança sadia, é a manutenção da saúde e a prevenção de enfermidades. As metas específicas do cuidado à criança sadia incluem saúde biomédica, avaliação do desenvolvimento e comportamento, funcionalidade familiar e provisão de educação aos pais. Para alcançar estas metas recomendam-se avaliações repetidas da saúde da criança (DINKEVICH; OZHUA, 2002; POWELL; BURMAN, 1998).

A unidade básica de cuidado à criança sadia consiste na visita/consulta de supervisão de saúde. O conteúdo para cada visita de supervisão de saúde é específico à idade do menor e cada visita pode ser dividida em quatro componentes principais: imunização, monitoramento do crescimento, avaliação do desenvolvimento e educação para a saúde (HEMMELGRAN et al., 1992). Outros autores identificam três componentes da visita de supervisão de saúde: a) detecção de riscos e enfermidades, b) promoção da saúde e prevenção de enfermidades e c) manejo do paciente e seguimento (DINKEVICH; OZHUA, 2002).

O componente de detecção inclui revisão dos aspectos pertinentes desde a última visita da criança sadia, incluindo nutrição, ganhos sobressalentes do desenvolvimento, atividades diárias, desempenho escolar e observação do comportamento da interação pais - filho. Ademais, se recomenda um exame físico completo que inclua: medição de parâmetros do crescimento (ex: peso, estatura e perímetro craniano) e medição da pressão arterial em crianças maiores de três anos, adicionalmente se recomendam provas de detecção para anemia, chumbo e

infecção tuberculosa, análise urinária e exame de acuidade visual e auditiva.

Promoção da saúde e prevenção de enfermidades são as duas áreas críticas do cuidado à criança sadia que correspondem à provisão de aconselhamento apropriado para a idade, chamada guia antecipatória e a administração de vacinas. Na atualidade se recomenda realizar a provisão de guia antecipatória e aconselhamento em forma de discussão durante cada visita de cuidado da criança sadia que permita abordar tópicos apropriados à idade da criança, determinar o conhecimento prévio da família, reforçar práticas e proporcionar novas informações (DINKEVICH; OZHUA, 2002).

O manejo do paciente e o seguimento é a parte da visita/consulta onde se tratam os problemas detectados na visita atual ou nas anteriores. O pessoal de saúde (médico ou enfermeira que está proporcionando o cuidado) deve decidir sobre a urgência de um problema detectado, a necessidade de tratamento e quem deve proporcioná-lo. Neste momento, a visita de supervisão de saúde converte-se em uma visita para o cuidado agudo, interferindo com a detecção, por isso se pode solicitar ao paciente que regresse a outra visita da criança sadia (DINKEVICH; OZHUA, 2002).

No México em 30 de abril de 1980 surge por iniciativa de um grupo de profissionais de atenção à saúde, médicos, enfermeiras e pessoal administrativo, um projeto denominado Clínica da Criança Sadia. Esta iniciativa ocorreu em uma clínica privada de atenção à saúde posterior a uma visita que este grupo realizou a Well Baby Clinic na cidade de Houston, Texas, nos Estados Unidos da América, (VILLARREAL, 2001, informação verbal)⁴.

Este projeto se integra à área de pediatria com o objetivo de monitorar o

⁴ Informação fornecida por Villarreal, em Monterrey, Nuevo Leon, em maio de 2001.

crescimento e desenvolvimento da criança, assim como proporcionar educação e orientação aos pais para manter um crescimento e desenvolvimento adequados desde o recém-nascido até os 11 anos de idade. A organização deste programa na mencionada instituição indica que o médico pediatra proporciona a primeira consulta ao recém nascido, freqüentemente durante os primeiros 15 dias posteriores a seu nascimento e posteriormente canaliza a criança para o pessoal de enfermagem que realiza a atenção do retorno. Além do médico e da enfermeira, outras áreas da saúde encontram-se relacionadas, como é o caso da oftalmologia pediátrica, ortopedia pediátrica, profilaxia dental e neurologia pediátrica, entre outras.

Mediante a revisão da literatura sobre o cuidado da criança sadia, encontrou-se que só Barajas (1992) refere-se aos critérios que deve reunir o menor para ser candidato aos serviços que proporciona o pessoal de enfermagem da Clínica da Criança Sadia. Os critérios são: crianças cujo nascimento ocorreu em condições de normalidade, isto é, apgar ao primeiro minuto de 6 pontos ou mais e acima de 8 pontos aos 5 minutos; um peso maior de 2.500 kg e idade gestacional de término entre 37 a 42 semanas. Além disso, os candidatos ao programa devem ser referidos por seu pediatra.

Considerou-se que esta contribuição é importante, já que especifica de forma clara e precisa as condições que deve reunir o recém-nascido para receber os serviços da criança sadia proporcionados pelo pessoal de enfermagem, já que a Norma Oficial Mexicana e a Normativa em Saúde Infantil só mencionam como referência o encaminhamento feito pelo médico.

Barajas (1992) descreveu as atividades principais da enfermeira neste programa no meio ambiente privado da atenção, entre as quais se encontram: a) palestra aos pais para proporcionar orientação e informação sobre os cuidados do

recém-nascido; este encontro é o primeiro contato que tem o pessoal de enfermagem com os pais; b) revisão clínica da criança desde o primeiro mês de idade até os onze anos, por meio de uma consulta individual com duração de 30 minutos, c) consulta telefônica na qual se proporciona informação orientada a prevenção de complicações; d) área de prevenção de enfermidades específicas mediante a vigilância da aplicação oportuna de imunizações registradas na carteira de vacinas e de acordo com o esquema estabelecido; e) área de diagnóstico precoce de doenças e prevenção de seqüelas mediante a realização de exame ortopédico, oftalmológico, audiológico e provas de laboratório.

O pessoal de enfermagem desempenha papel fundamental na Clínica da Criança Sadia proporcionando educação, orientação, informação e promoção de saúde e, é quem tem a responsabilidade de alcançar o objetivo primordial de monitorar o crescimento e desenvolvimento da criança, prevenindo enfermidades e/ou detectando-as oportunamente, assim como orientação aos pais para um ótimo crescimento da criança. Para o alcance dos objetivos utilizam-se dos seguintes instrumentos: a) revisão clínica periódica para avaliação do crescimento e desenvolvimento; b) educação e informação aos pais sobre os seguintes aspectos: medidas higiênicas, medidas preventivas, orientação nutricional, estimulação precoce, prevenção de acidentes, crescimento e desenvolvimento, relação familiar, aspectos psicológicos, padrão de sono e descanso (BARAJAS, 1992).

Na Clínica da Criança Sadia o pessoal de enfermagem atua com critério próprio para tomada de decisões, derivando oportunamente ao pediatra, aquelas crianças que apresentam patologias, alterações ou outros transtornos que considerem que possam alterar o crescimento, desenvolvimento e bem estar da criança que procura a consulta. Este modelo foi pioneiro em proporcionar estes

serviços no estado de Nuevo Leon, no México. Posteriormente, serviços e programas similares foram implementados em outras clínicas privadas e instituições públicas de atenção à saúde.

Com relação à normativa da atenção à criança no México, foi em 1986 que se publicou no Diário Oficial da Federação a Norma Técnica N° 33, para o “Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança em Atenção Primária à Saúde”, a qual ficou sem vigência ao publicar-se a Norma Oficial Mexicana para a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente (NOM-008 SSA 2-1993), no Diário Oficial da Federação em 13 de abril de 1994 (MÉXICO, 1994).

A NOM-008 SSA 2-1993 estabelece os critérios para monitorar o estado de nutrição, crescimento e desenvolvimento da população menor de um ano, de um a quatro anos, de cinco a nove anos e de dez a dezenove anos e deve ser aplicável aos serviços do setor público, social e privado em nível nacional que brindam atenção à criança e ao adolescente. Esta norma assinala que a vigilância do estado de saúde e nutrição do menor, deve apoiar-se em um estudo clínico minucioso e no uso de dados antropométricos. A frequência de consulta determinada na norma oficial é a seguinte:

- menor de 28 dias, duas consultas, a primeira delas aos sete dias e a segunda aos 28 dias;
- menor de 1 ano, cinco consultas como mínimo, aos dois, quatro, seis, nove e 12 meses de idade;
- de 1 a 4 anos, uma consulta cada seis meses e
- de 5 a 19 anos, uma consulta anual.

Em cada consulta deve-se verificar: idade da criança em anos e meses,

estatura, peso, perímetro craniano, desenvolvimento no infante pré-escolar e escolar (linguagem, adaptação social e coordenação motora), avaliação da nutrição e crescimento, promoção e proteção à saúde de acordo com a idade do menor.

Por sua parte o IMSS para normalizar a vigilância do crescimento e desenvolvimento da população infantil, a direção de prestações médicas através das Coordenações de Saúde Reprodutiva, Materno Infantil e Atenção Médica instrumentou a Normativa em Saúde Infantil [NSI] (IMSS, 1998b), necessária para a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da criança menor de 5 anos, como estratégia para outorgar atenção médica integral, que permita detectar com oportunidade os desvios ou tendências do crescimento para facilitar ações que evitem ou diminuam os danos à saúde da criança.

Entre os objetivos imediatos encontram-se: proporcionar ao pessoal de atenção à saúde um instrumento normativo para a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos como estratégia para a atenção médica integral ao menor de cinco anos, com o objetivo de incrementar o nível de saúde da população assegurada, diminuir as taxas de desnutrição na população infantil e pré-escolar, assim como diminuir a morbidade e mortalidade dos menores de cinco anos (IMSS, 1998b).

No IMSS a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de cinco anos é considerada um subprograma que está integrado ao Programa de Saúde Materno-Infantil que atende as mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos de idade) e as crianças até os cinco anos de idade. Entretanto, o pessoal de saúde, investigadores e usuários ao se referir exclusivamente à atenção ao menor de cinco anos a identificam como Controle da Criança Sadia.

A equipe de saúde que proporciona a atenção da Vigilância da Nutrição,

Crescimento e Desenvolvimento do Menor de 5 anos, está integrada pela assistente médica do médico familiar (pessoal que realiza a função de secretaria ou recepcionista), médico familiar, assistente médica da enfermeira materno-infantil (AEMI), enfermeira de atenção materno infantil (EMI), assistente social e nutricionista, existindo variações na designação de pessoal entre as diferentes unidades de saúde, cada um dos membros da equipe tem atividades específicas de acordo a NSI (IMSS, 1998b).

A NSI (1998b) é um documento que em 84 páginas descreve as atividades do pessoal que conforma a equipe de saúde para a atenção do menor de 5 anos. Este instrumento refere que é o médico familiar quem presta a atenção médica integral tomando como eixo a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos e assinala que é ele quem encaminha para a EMI todos os menores de cinco anos para a continuidade da atenção.

Por outra parte a EMI é quem presta a atenção de Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento ao menor de 5 anos, detecta fatores de risco, educa a mãe ou familiar responsável para alcançar hábitos e condutas favoráveis a saúde do menor, faz encaminhamento a odontologia e medicina preventiva para promoção e proteção específica e para o médico familiar quando detecta sinais e sintomas de alarme.

A Normativa em Saúde Infantil do IMSS, estabelece que o menor de cinco anos deve ser avaliado pela EMI de acordo ao seguinte esquema:

- menor de 1 ano cada dois meses;
- de 1 a 2 anos cada três meses;
- de 2 a 3 anos cada quatro meses;
- de 3 a 5 anos cada 6 meses;

A NSI contém três guias técnicos como instrumentos para se realizar as atividades do programa: 1) guia técnico para a nutrição do menor de 5 anos, 2) guia técnico para avaliar o crescimento do menor de 5 anos e 3) guia técnico para avaliar o desenvolvimento do menor de 5 anos, que inclui as atividades chaves de desenvolvimento psicomotor, as atividades a realizar para comprovação pelo pessoal de saúde e ensino à mãe ou estimulação precoce (IMSS, 1998b) (Anexo A).

Ademais, se tem como instrumento específico de apoio para o pessoal de enfermagem o Guia Técnico de Apoio para a Enfermeira Materno Infantil na Vigilância do Menor de 5 anos (IMSS, 1998a). Observa-se que o IMSS conta abundantes informações escritas para normalizar a atenção que proporcionam os diferentes integrantes da equipe de saúde, afirmando que o médico é responsável pela atenção integral à criança.

Para normalizar as ações educativas o guia técnico para avaliar o desenvolvimento do menor de 5 anos, inclui um esquema por meio do qual pretende-se normalizar as atividades de ensino à mãe nos tópicos de estimulação precoce e adicionalmente a assistente social solicita que a mãe ou familiar responsável pelo menor participe em duas sessões educativas que se realizam segundo programação e coordenação do departamento da assistência social, que ademais se encarrega da coordenação e registro da presença dos assistentes às sessões educativas.

É importante ressaltar como já se tinha mencionado anteriormente, que a partir do 2002 o IMSS dentro de seu processo de melhora contínua, implementou a estratégia de Programas Integrados de Saúde, conhecida como PREVENIMSS "para proporcionar sistemática e ordenadamente os serviços de ações educativas e preventivas", organizadas por grupos de idade: crianças (menores de 10 anos),

adolescentes (de 10 a 19 anos), mulheres (20 a 59 anos), homens de (20 a 59 anos) e adultos maiores (60 e mais anos). Com esta norma o IMSS está tentando uma mudança no foco dos programas orientados à prevenção de enfermidades e riscos específicos, pelo da proteção da saúde de grupos populacionais (IMSS, 2002b).

Em relação ao menor de 10 anos o IMSS refere que a atenção e o cuidado que recebem as crianças no seu ambiente familiar e social durante os primeiros anos de vida definem muitas de suas características na etapa adulta e que a maioria das vezes, isto é mais importante que a carga genética herdada de seus pais, além como parte deste programa desenho um “Guia para o cuidado da criança menor a 10 anos”, para proporcionar informações aos pais para o cuidado e vigilância de seus filhos, este guia encontra-se disponível na internet (IMSS, 2002a).

Não é objetivo deste trabalho analisar os instrumentos disponíveis particularmente as normas para proporcionar a atenção à saúde da criança no México, mas é necessário apontar que os aspectos do desenvolvimento da criança relacionados ao desenvolvimento da linguagem não são contemplados. Neste sentido, as provas e exames considerados no Well Child Care nos Estados Unidos de América são mais amplos.

Em relação ao planejamento da atenção à saúde da criança no México, este tem a possibilidade teórica, de alcançar a finalidade proposta de integralidade. Mas, analisando-se as práticas de atenção em saúde, verifica-se que a integralidade ainda não tem sido alcançada, portanto é preciso apontar a crise universal que enfrentam os Sistemas de Saúde, o que conduz a reflexão da necessidade de propor novas formas de produzir saúde. Neste sentido é necessário também reconstruir, junto aos trabalhadores de saúde , a questão dos valores e princípios para assegurar a integralidade.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Abordagem

Dado que o objeto desta investigação é o processo de trabalho da EMI e sendo este um processo histórico e social, realizou-se esta investigação na abordagem qualitativa, o que implica considerar como sujeito de estudo as pessoas nas suas relações com outras pessoas em determinada condição social, com suas crenças, valores e significados, como objeto contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2000).

A natureza do social é considerada essencialmente qualitativa e o campo das ciências sociais trouxe para a área da saúde importantes contribuições para a análise dos fenômenos, considerando que a saúde e a doença, não podem ser tomadas como duas entidades separadas, mas devem ser entendidas como dois momentos (unidos dialeticamente) de um mesmo fenômeno (LAURELL, 1975 apud CASTRO, 2003).

A investigação qualitativa em saúde trabalha com os significados das ações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, assimiladas a partir de um olhar do pesquisador, ou seja, ele capta um fragmento ou parte da realidade. A ênfase está em compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas como uma vivência e experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 2000).

Da mesma forma que a ciências sociais têm contribuído para compreender o

complexo fenômeno saúde-doença e cuidado, os aportes para o estudo das práticas de saúde e organização tecnológica do trabalho têm sido também bastante pertinentes.

Uma vez que se pretende analisar o processo de trabalho da EMI no Programa da Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança menor de 5 anos e, portanto, como se produz o cuidado de enfermagem a estas crianças, no atendimento às necessidades trazidas pela mãe, faz-se necessário um referencial de coleta e interpretação dos dados de outra natureza diferente do quantitativo.

Portanto, a informação empírica que se obteve foram dados qualitativos, através de descrições detalhadas de situações do processo de trabalho da EMI e da assistente médica da EMI (AEMI), complementadas com os diálogos e as falas dos profissionais de saúde e das mães. Estes dados não são padronizáveis, como os dados quantitativos, o que torna necessária a flexibilidade e a criatividade do pesquisador no momento de coletá-los e analisá-los, sem perder o rigor científico das pesquisas qualitativas (GOLDENBERG, 1999; MORSE et al., 2003).

3.2. Local do estudo

Para configurar o cenário de investigação se descrevem inicialmente os aspectos gerais do município de San Nicolás de los Garza, município onde se realizou o estudo, localizado no estado de Nuevo León, México. Posteriormente, se descreve a organização geral dos serviços de saúde do Instituto Mexicano da Seguridad Social (IMSS) até chegar à Unidade de Medicina Familiar (UMF), local onde se desenvolveu a pesquisa.

Nuevo León é um Estado destacado por sua atividade industrial, comercial e

de serviços, localizado ao norte do México, representando 3,3% da superfície do País. Tem uma população de 3.843.141 habitantes, dos quais 1.907.939 pertencem ao sexo masculino e 1.926.202 ao sexo feminino; 78,8% da população do Estado moram nos municípios de Monterrey (capital do Estado), Apodaca, General Escobedo, Guadalupe, Santa Catarina e San Nicolás de los Garza (INEGI, 2001).

O município de San Nicolás de los Garza, encontra-se situado aos 25°46' de latitude norte e 100° e 17' de longitude leste. Sua cabeceira municipal localiza-se a uma altitude de 512 m sobre o nível do mar, no nordeste do México. Tem uma extensão territorial de 86.8 kms² e é o segundo menor município do Estado mas é o mais densamente povoado de Nuevo León. O clima é seco, cálido extremo; a temperatura média anual é de 27 °C, flutuando entre os 18 e 21°C. A temperatura mínima é de -3°C no inverno e a máxima de 44 °C no verão. As chuvas são escassas, presentes de modo geral ao fim do verão, principalmente no mês de setembro.

Antigamente os habitantes de San Nicolás, dedicavam-se principalmente à agricultura, assim como a pequenos comércios e incipientes indústrias domésticas, cultivando também algumas árvores frutíferas. Na atualidade, tem se multiplicado intensamente as fontes de trabalho, destacando-se as indústrias relacionadas com a produção de aço, indústria automotriz, química e de alimentos, assim como um grande desenvolvimento comercial e de serviços. San Nicolás é considerado o quinto município industrial do México.

Sua densidade de população é de 5.724.40 habitantes por km², ocupando o terceiro lugar no ordenamento da população do Estado, representando quase 12,96% da população total. De acordo ao Censo de População e Moradia sua população é de 496.878 habitantes, dos quais 246.483 são homens e 250.395

mulheres. Com relação ao grupo populacional de crianças menores de 5 anos, este ascende a 45.059 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA, 2000)

Com respeito à infra-estrutura para proporcionar atenção à saúde para população aberta (aquela que não é assegurada pela Seguridade Social) San Nicolás de los Garza, conta com um hospital e onze centros de saúde, que oferecem serviços de medicina preventiva e consulta ambulatorial (MÉXICO, 2001b).

Para a atenção da população assegurada do IMSS, pode-se dizer que San Nicolás de los Garza, Apodaca e Escobedo integram a zona 6. Mediante um relatório proporcionado pela Coordenadora Delegacional de Enfermagem, identificou-se que esta zona é a que conta com a maior população inscrita (616.332 pessoas) na Delegação Nuevo León. Após a identificação da zona selecionou-se a Unidade de Medicina Familiar, na qual se realizou o estudo em base nos seguintes critérios: a) Unidade Familiar com a maior quantidade de população inscrita em toda a zona 6 e em toda a Delegação Nuevo León e b) o fato de contar com pessoal de enfermagem na atenção materno infantil (EMI).

A Unidade de Medicina Familiar, onde se realizou o estudo, iniciou seu funcionamento em 2 de novembro de 1982, sendo presidente constitucional da República Mexicana o Sr. José López Portillo e o Sr. Alfonso Martínez Domínguez governador constitucional do Estado de Nuevo León. Encontra-se localizada na Rua Juárez 104 e Carretera a Laredo, no Bairro Iturbide no município de San Nicolás de los Garza, N.L., ocupando um terreno de 10.380 mts² e tem 7.537 mts² de construção em três pisos.

O funcionamento geral desta instituição esta subordinado a um Diretor Médico e dois Subdiretores (um Subdiretor Médico e um Subdiretor Administrativo) e a

Chefia de Enfermagem depende do Subdiretor Médico (Anexo B). A chefe das Enfermeiras facilitou o reconhecimento da área de trabalho, permitindo que uma Enfermeira de Saúde Pública, mostrasse a UMF e explicasse de forma geral as áreas que integram esta instituição e os serviços que são proporcionados à população assegurada.

Na *Planta Baixa* encontram-se localizadas as seguintes áreas:

- A farmácia com horário de funcionamento das 8:00 às 20 horas;
- arquivo, que se encarrega de realizar as altas dos usuários, designação de consultórios e beneficiários.
- prestações, realiza o trâmite de pensões, dote matrimonial e ajuda funerária.
- medicina preventiva com as seguintes áreas:
 - a) recepção que se encarrega da entrega de medicamentos aos pacientes do programa de doenças venéreas e transmissíveis, tais como tuberculose, assim como ou tratamento anti-rábico;
 - b) imunizações, aplicação de vacinas tais como sabin, quádrupla, tríplice viral, toxoide tetânico, contra sarampo-rubéola, pneumocócica e influenza. Realizam-se também exames para detecção de hipertensão arterial e diabetes mellitus, mediante a verificação de pressão arterial e glicemia capilar;
 - c) injetáveis, aplicação de injeções somente com receita médica do IMSS;
 - d) detecção precoce de câncer de colo de útero e mamário. Esta área conta com dois consultórios intercomunicados, em um deles se realiza o interrogatório ao paciente e no outro a coleta da amostra para papanicolau e a exploração mamária;
 - e) planejamento familiar, onde se encontram uma assistente social e um médico.

A assistente social é responsável por proporcionar orientação com referência aos métodos de planejamento familiar e ajudar na tomada de decisão da adoção de um método de planejamento familiar. Por sua parte, o médico é o encarregado da aplicação e retirada de dispositivo intra-uterino. As sextas-feiras de cada semana realizam-se vasectomias ambulatoriais.

- laboratório, onde se realizam exames de sangue e urina. Conta-se com uma sala para obtenção de amostras de exsudado vaginal e um módulo para amostras pediátricas. Os exames especializados são realizados no Hospital Geral de Zona No. 6, que é contíguo a esta UMF;

- raios X;

- curativos, rouparia, almoxarifado de distribuição de insumos, central de esterilização de materiais, quarto séptico e urgências. Nesta área se proporciona atenção a feridas, traumatismos, crise asmática, crise hipertensiva, suturas, banho para controle térmico e aplicação de medicamentos por via intravenosa. Conta-se nesta área com três leitos para observação, 2 consultórios médicos e uma área para hidratação oral.

No 1º. Piso encontram - se:

- 26 consultórios de Medicina familiar (1-26);
- 26 unidades para assistentes médicas de consultório;
- 2 oficinas para assistente social;
- 1 consultório de psicologia;
- 2 módulos de medicina preventiva;
- oficina do coordenador médico ou chefe de serviço da ala sul (consultórios 1-14);
- oficina do coordenador médico ou chefe de serviço da ala norte (consultórios 15-29).

No 2º. Piso encontram - se:

- 3 consultórios de medicina familiar (27, 28 e 29);
- departamento de segurança do trabalho e higiene;
- sala de aula;
- anfiteatro;
- 2 consultórios de saúde no trabalho;
- 2 consultórios das enfermeiras materno - infantis (EMI);
- 7 unidades para as assistentes médicas de consultório;
- 1 módulo de medicina preventiva;
- área de manutenção;
- área odontológica, na qual há quatro unidades onde se realizam tratamentos tais como amálgamas, limpezas, restauração e extração dentária, área de odontologia preventiva para profilaxia dental em crianças e adultos;
- nutrição, atenção a pacientes com doenças crônico degenerativas e educação a pacientes diabéticos;
- área de direção compreendendo: Direção Médica, Chefia de Educação Médica e Investigação, Chefia de Enfermagem, Contabilidade, Administração e Recursos Humanos. Nesta área também se localizam o refeitório, relógio-ponto e vestiários.

O horário de funcionamento da UMF é quase coincidente com o horário da consulta de medicina familiar, evidenciando com isto que esta atividade é o eixo fundamental que rege o trabalho. O horário é de 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira. O pessoal trabalha em dois horários, pela manhã de 7:00 às 15:00 horas e pela tarde de 13:30 às 21:00 horas. O horário varia de acordo com cada departamento e somente a área de emergências proporciona serviço durante os finais de semana e em turno noturno. Para verificar a hora de entrada e de saída do

trabalho, assim como a presença, conta-se com um sistema de cartão de ponto, somente para o pessoal “operativo”. O pessoal diretivo e administrativo chamado “pessoal de confiança” trabalha em horário comercial de segunda a sexta-feira e estes não necessitam ser submetidos ao controle por cartão.

A UMF estudada conta com 314 trabalhadores de saúde, dentre os quais se encontram os seguintes:

Tabela 1 - Pessoal de saúde da Unidade de Medicina Familiar
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Pessoal	Turno Matutino	Turno Vespertino	Turno Noturno	Total
Médicos Familiares	33	33	6	72
Médico Epidemiologista	1	0	0	1
Médico Saúde do Trabalho	3	0	0	3
Dentista	3	3	0	6
Médico Ginecologista	1	0	0	1
Médico Radiologista	1	0	0	1
Promotor Dental	1	0	0	1
<i>Pessoal de Enfermagem</i>				
Enfermeiras Especialistas em Saúde Pública	1	1	0	2
Enfermeiras Especialistas EMI	2	2	0	4
Enfermeiras Gerais	1	1	2	4
Enfermeiras Gerais em Saúde Pública	1	1	0	2
Auxiliares de Enfermagem	9	9	2	20
Auxiliares de Enfermagem de Saúde Pública	9	8	1	18
Auxiliares de Enfermagem de Saúde no Trabalho	1	0	0	1
Técnico Radiologista	2	2	0	4
Psicólogo Clínico	1	1	0	2
Auxiliar de Oficina de Raios X	1	1	0	2
Auxiliar de Oficina de Saúde no Trabalho	2	0	0	2
Assistente Social	3	2	0	5
Assistentes Médicos	35	34	2	71
Coordenadora de Assistentes	1	1	0	2
Nutricionista	1	0	0	1
TOTAL	113	99	13	225

FONTE: Sistema de Informação Médica (SIMO), Junho 2004

De acordo com os dados da Tabela 1, observa-se que o total de pessoal de

enfermagem que trabalha nesta instituição é de 51 enfermeiras e auxiliares, e 1 Chefia de Enfermagem, a qual não está no Quadro, já que faz parte do pessoal considerado como pessoal de confiança.

É importante fazer menção que nas instituições de saúde do México, utiliza-se o termo "enfermeira" para designar indistintamente aquela pessoa que tem o título de enfermeira geral ou que tem graduação em enfermagem, ou para aquela que conta com algum curso pós-básico ou especialidade. Quem conta com estudos básicos de enfermagem realizados durante um ano é contratada nas instituições como auxiliar de enfermagem, mas também denominada cotidianamente enfermeira⁵.

A outra parte do pessoal encontra-se nas áreas de laboratório, raios X, arquivo, pessoal de limpeza, prestações, emergências, manutenção e conservação, abastecimentos e pessoal de confiança.

A UMF proporciona atenção à população residente dos municípios de San Nicolás de los Garza, Escobedo e Apodaca do Estado de Nuevo León. O total de população adscrita à Unidade é de 187.732 e a população usuária é de 169.388. A distribuição dos grupos de idade está apresentada na Tabela 2.

⁵ A enfermagem no México, constitui-se da seguinte forma:

a) Técnico em enfermagem: primária (6 anos), secundária (3 anos), preparatória (2 anos), enfermagem (1 ano).

b) Enfermeira geral: primária (6 anos), secundária (3 anos), enfermagem (3 anos)

c) Graduação em enfermagem: primária (6 anos), secundária (3 anos), preparatória (2 anos), graduação (4 anos).

d) Enfermeira especialista: enfermagem geral ou graduação em enfermagem + 10 meses de curso pós-básico em pediatria, saúde pública, cirurgia, cuidados intensivos ou administração.

Tabela 2. - População adscrita à Unidade de Medicina Familiar
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Grupo de Idade	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
-1	1.434	0,85	1.343	0,79	2.777	0,64
1 ano	1.777	1,05	1.711	1,01	3.488	2,06
2 anos	1.950	1,15	1.829	1,08	3.779	2,23
3 anos	1.913	1,13	1.841	1,09	3.754	2,22
4 anos	1.779	1,05	1.730	1,02	3.509	2,07
1 a 4 anos	7.419	4,38	7.111	4,20	14.530	8,58
5 anos	1.659	0,98	1.620	0,96	3.279	1,94
6 anos	1.540	0,91	1.438	0,85	2.978	1,76
7 anos	1.462	0,86	1.416	0,84	2.878	1,70
8 anos	1.544	0,91	1.407	0,83	2.951	1,74
9 anos	1.442	0,85	1.447	0,85	2.889	1,71
5 a 9 anos	7.647	4,51	7.328	4,33	14.975	8,84
10 a 14 anos	7.291	4,30	6.955	4,11	14.246	8,41
15 a 19 anos	3.153	1,86	3.695	2,18	6.848	4,04
20 a 24 anos	6.227	3,68	7.457	4,40	13.684	8,08
25 a 29 anos	7.657	4,52	8.539	5,04	16.196	9,56
30 a 34 anos	7.126	4,21	7.481	4,42	14.607	8,62
35 a 39 anos	5.814	3,43	6.509	3,84	12.323	7,28
40 a 44 anos	5.502	3,25	6.249	3,69	11.751	6,94
45 a 49 anos	4.819	2,82	5.631	3,32	10.450	6,17
50 a 54 anos	4.037	2,38	4.492	2,65	8.529	5,04
55 a 59 anos	3.067	1,81	3.520	2,08	6.587	3,89
60 a 64 anos	2.698	1,59	3.101	1,83	5.799	3,42
65 a 69 anos	2.484	1,47	2.660	1,57	5.144	3,04
70 a 74 anos	1.995	1,18	2.105	1,24	4.100	2,42
75 a 79 anos	1.429	0,84	1.544	0,91	2.973	1,76
80 a 84 anos	907	0,54	1.011	0,60	1.918	1,13
85 e mais	919	0,54	1.032	0,61	1.951	1,15
TOTAL	81.625	48,19	87.763	51,81	169.388	100%

FONTE: SIMO, Junho 2004

Os grupos populacionais aos quais se dirigem os principais programas de saúde são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Grupos populacionais dos programas de saúde
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Grupo	Idade	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Lactente	0 -4	8.853	5,23	8.454	4,99	17.307	10,22
Pré-escolares							
Lactente	0 -14	23.791	14,05	22.737	13,42	46.528	27,47
Pré e Escolares							
Adolescentes	15 -19	3.153	1,86	3.695	2,18	6.848	4,04
Mulheres em	15 -44	0	0	39.930	23,57	39.930	23,57
Idade Fértil							
Mulheres em	15 - 49	0	0	45.561	26,90	45.561	26,90
Idade Fértil							
Idade Produtiva	15 - 64	50.100	29,58	56.674	33,46	106.774	63,04
(Teórica)							
Idade Avançada	65 e mais	7.734	4,57	8.352	4,93	16.086	9,50

FONTE: SIMO, Junho 2004

Em relação à produtividade desta instituição, durante o primeiro semestre de 2004, encontram-se as seguintes atividades, apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Produtividade da UMF primeiro semestre de 2004
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Atividade	Jan	Fev	Março	Abril	Maio	Junho	Total
Imunizações							
Sabin	814	1.048	754	747	843	1.058	21.993
DPT	488	686	240	451	910	428	2.616
BCG	116	179	127	121	165	199	845
Pentavalente	893	987	767	748	924	684	4.539
M.M.R.	420	481	508	368	429	513	2.724
Papanicolau	658	819	1.360	691	1.043	1.078	4.112
Exame mamário	697	949	1.507	1.060	1.132	1.150	4.798
Procedimentos em	5.240	5.042	4.216	5.308	5.084	5.574	30.464
Urgências							
Injeções	2.353	2.349	2.300	1.757	1.630	1.493	11.882
Curativos	412	1.761	1.823	1.261	1.214	1.125	7.596
Planejamento Familiar							
DIU	97	98	93	85	84	93	550
Vasectomias	4	17	10	18	13	19	81
Exames de	15.155	19.135	18.684	18.301	18.456	19.685	109.380
laboratório							
Consultas de	22.577	24.990	24.317	21.868	23.840	21.875	139.467
Medicina							
Familiar							
Média de	3,37	3,35	3,38	3,32	3,27	2,76	3.24
consultas/hora/ médico							

FONTE: SIMO, Junho 2004

Na Tabela 5, apresentam-se os dados correspondentes às atividades de Vigilância Materno Infantil. As atenções que proporciona a EMI na VNCD, são reportadas como Controle Criança EMI de menor de 1 ano e Controle Criança EMI de 1 a 4 anos, sem especificar se o atendimento é a primeira vez ou retorno, isto só se faz com os controles feitos pelo médico.

Tabela 5. Atividades de vigilância materno infantil primeiro semestre de 2004
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

<i>Vigilância Materna</i>		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Total
<i>Atenção Gravidez 1ª. Vez</i>	Primeiro Trimestre	71	134	171	119	122	129	746
	Segundo Trimestre	60	128	111	88	109	82	578
	Terceiro Trimestre	21	58	62	53	76	56	326
	Trimestre No Identificado	79	0	0	0	0	0	79
<i>Controle Pré-natal</i>		747	795	785	605	872	903	4.707
Médico Familiar EMI		337	373	402	408	471	505	2.496
Atenção Puerpério Primeira Vez Médico Familiar		62	51	37	57	114	80	401
Atenção Puerpério Subsequente Médico Familiar		28	28	37	26	22	28	169
<i>Vigilância Infantil</i>								
Atenção Criança Primeira Vez Médico Familiar	Criança Menor de 1 ano	72	80	58	168	163	111	652
	Criança de 1 a 4 anos	20	15	24	39	108	103	309
Controle Criança Subsequente Médico Familiar	Criança Menor de 1 ano	86	99	111	133	103	157	689
	Criança de 1 a 4 anos	32	30	28	28	93	134	345
Controle Criança EMI	Criança Menor de 1 ano	217	240	273	449	147	76	1.402
	Criança de 1 a 4 anos	102	113	69	196	593	693	1.766
<i>Atividades Educativas Assistente Social</i>								
Entrevistas	Mulheres grávidas	152	209	260	204	200	205	1.230
	Mães de menores de 1 ano	148	192	177	156	159	156	988
Pessoas Informadas	Mães de menores de 1-4 anos	70	64	123	93	99	93	542
	Mulheres grávidas	160	288	170	149	206	149	1.122
Sessões Educativas	Mães de menores de 1 ano	55	70	63	86	83	86	443
	Mães de menores de 1-4 anos	39	27	36	33	172	33	340
	Mulheres grávidas	12	18	6	13	11	13	73
	Mães de menores de 1 ano	5	5	5	6	7	6	34
	Mães de menores de 1-4 anos	2	8	2	4	4	4	24

FONTE: SIMO, Junho 2004

O primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é através do médico familiar. No caso dos recém nascidos estes devem ser avaliados pelo médico familiar nos primeiros 7 dias posteriores ao nascimento e este deve encaminhá-lo para a EMI a partir dos dois meses de idade, para seu seguimento na atenção à Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do Menor de 5 anos (NSI, 1998).

A primeira vez que a mãe comparece com seu filho à consulta com o médico familiar, este a encaminha para a assistente social, para que programe sua participação em duas sessões educativas onde participam diferentes membros da equipe de saúde, com os seguintes temas:

Quadro 1 - Temas das sessões educativas e os profissionais que participam
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Tema	Profissional
Amamentação	Enfermeira materno infantil
Cuidados ao recém nascido	Psicólogo
Crescimento e Desenvolvimento	
Alimentação Complementar	Nutricionista
Integração à Dieta	Odontologista
Saúde Bucal	
Prevenção de Acidentes	Assistente social
Enfermidade Diarréica Aguda	Enfermeira em saúde pública
Insuficiência Respiratória Aguda	

Fonte: Notas de Campo, 2004

Ao concluir a participação nas duas sessões programadas, a área da assistência social coloca um carimbo no prontuário da mãe que diz “mãe Informada”, como comprovante da assistência da mãe a estas sessões educativas.

Na observação prévia que se realizou para inserção ao campo de investigação, constatou-se que o processo de trabalho da EMI, articula-se com outros profissionais da saúde, como o médico familiar, psicólogo, assistente social e outros. Porém, devido à diversidade dos agentes que intervêm no Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança, bem como o

objeto desta pesquisa que focaliza o trabalho da EMI, decidiu-se limitar o objeto de investigação neste recorte.

Na figura 1, são apresentadas todas as áreas/grupos com os quais se articula o trabalho da EMI. Os retângulos coloridos são as áreas/grupos selecionados para o estudo. Assim foram observados, o trabalho da EMI na atenção à criança sadia menor de 5 anos e o trabalho da assistente médica da EMI (AEMI). Estes dois grupos foram também entrevistados, assim como as mães das crianças atendidas.

Figura 1. Articulação do trabalho da EMI

3.3. A seleção das técnicas de coleta dos dados

Reconhece-se que o trabalho de enfermagem é coletivo e que o processo do trabalho da EMI articula-se com o de outros profissionais (ALMEIDA, 1991; ALMEIDA et al. 2003) identificando mediante a observação prévia realizada no campo de estudo que esta relação é muito ampla.

Mas para se estudar o processo de trabalho em saúde pode-se optar por recortes ou por momentos do processo de trabalho como: estudar os trabalhadores, e/ou os instrumentos de trabalho, e/ou os objetos, e/ou a finalidade do trabalho e como se tinha por objeto analisar o processo de trabalho da enfermeira no programa de VNCD as crianças menores de 5 anos de idade, optou-se por delimitar o estudo ao trabalho realizado pelas enfermeiras e pelas assistentes médicas da EMI e não se poderia deixar de incluir as mães, porque considerando-as como agente primordial do cuidado à saúde dos filhos e como tal sujeito/objeto do cuidado de enfermagem.

3.3.1. *Observação sistemática direta*

Em relação aos instrumentos e técnicas utilizadas para a coleta dos dados, é importante ressaltar que para a análise de como se realiza um trabalho no cotidiano, ou seja, no seu dia-a-dia e identificar quais as atividades que se realizam, poderiam ser utilizados diferentes instrumentos e técnicas de investigação.

O questionário, por exemplo, permite que os próprios agentes do trabalho expressem quais as atividades que realizam e a concepção que têm sobre o trabalho. No entanto mesmo que o questionário esteja bem elaborado, pode ter limitações, já que entre o que se faz realmente e o que se diz que se faz, existem diferenças; pois sempre a idealização estará presente (ALMEIDA, 1991). Outra

limitação é que os questionários têm um índice baixo de resposta e exigem habilidade de ler e escrever e disponibilidade para responder (GOLDENBERG, 1999).

Outra forma de se aproximar daquilo que se faz, seria que o próprio agente de trabalho registrasse as atividades que realiza durante ou ao final da jornada de trabalho, o que também apresenta limitações, já que quem é objeto de estudo, na maioria das vezes não tem a mesma motivação que o pesquisador (ALMEIDA, 1991).

Portanto, as técnicas consideradas mais adequadas para descrever e analisar o processo de trabalho em saúde, bem como compreender a concepção que as enfermeiras, as assistentes e as mães têm sobre o cuidado da criança sadia e as necessidades suas e de seus filhos, foram a observação sistemática direta e a entrevista, as quais foram aplicadas até a saturação dos dados, quer dizer, até que os dados estivessem se repetindo e o significado estivesse contemplado (MINAYO, 2000).

Sabe-se que na pesquisa qualitativa o aspecto mais importante a ser analisado é o significado do objeto social que está sendo estudado. Portanto, um fragmento de fala pode conter um significado repleto de compreensão, mas no presente trabalho a compreensão da produção do cuidado de enfermagem prestado pela EMI, só foi possível se completar após várias observações da consulta de enfermagem e várias entrevistas, ou seja, quando os elementos observados se repetiam.

A observação permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas que devem ser observados em sua realidade entre eles se incluem a rotina de um dia de trabalho. Assim, as áreas de

trabalho observadas foram: consultório da EMI e a recepção onde se encontra a assistente médica da EMI. As atividades da EMI restringem-se ao espaço do consultório de enfermagem.

Outra questão metodológica adotada é a inserção do pesquisador no campo, na situação de participante como observador, onde o pesquisador deixa claro para si e para o grupo, sua relação como meramente de campo (MINAYO, 2000), que propõe uma classificação de posturas intermediárias que contemplam a observação em diferentes realidades. A observação tende a ser o mais profunda possível através da observação informal, da vivência junto de acontecimentos julgados importantes pelos participantes e no acompanhamento das rotinas cotidianas. A consciência de ambos (observador/sujeito), de uma relação temporária ajuda a minimizar os problemas de envolvimento que inevitavelmente acontecem, colocando sempre em questão a suposta “objetividade” nas relações.

Assim mesmo, para realizar a observação considerou-se, o exposto por Merhy (1997), que afirma que o primeiro elemento que permite identificar o desenvolvimento de um trabalho, são as atividades que os agentes realizam no seu dia-a-dia. Consideraram-se atividades como conjunto de ações que através de uma seqüência lógica permitem conhecer, manipular e se aproximar a certos objetos para alcançar determinados propósitos no desenrolar de um trabalho (ALMEIDA, 1991).

Utilizou-se um guia norteador para o desenvolvimento da observação o que permitiu absorver a dinâmica da produção do cuidado e organização das ações em relação aos usuários da unidade, contextualizando o observado a partir do marco teórico, para se permitir uma compreensão e interpretação dos diálogos e situações dos participantes. Foram observadas as atividades realizadas pelas EMI durante a consulta de enfermagem à criança sadia menor de 5 anos de idade, no Programa de

Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento, bem como as atividades realizadas pelas assistentes médicas das EMI.

Neste caso, a unidade central de observação foi o agente em seu setor de trabalho, ou seja, as enfermeiras atendendo as mães e seus filhos na consulta de enfermagem, foram observadas 87 consultas de enfermagem. Em relação às crianças atendidas foram registradas a idade, se a consulta foi de primeira vez ou retorno e o sexo da criança. Em relação à atenção proporcionada pela EMI e pela AEMI, foram observadas as atividades que realizavam como as executavam e como foi a atenção e interação estabelecida com as mães, assim como os diálogos estabelecidos e os instrumentos de trabalho utilizados. Os guias de observação estão nos Anexos C e D.

Para o registro de outras eventuais situações como comentários do observador, problemas, dúvidas, entre outros, utilizou-se um diário de campo, para possibilitar a disponibilidade de todas as informações que contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado (MINAYO, 2000).

3.3.2. Entrevista semi-estruturada

Dado que na unidade de saúde, a atenção e o cuidado são produto das relações que se estabelecem entre os trabalhadores e os usuários na organização e produção das ações e práticas, utilizou-se também, como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, concebida como um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador tem por objeto a obtenção de informações, por parte do outro (entrevistado), segundo os objetivos do trabalho. Mediante as entrevistas pode-se obter dados concretos (dados estatísticos por exemplo) e dados subjetivos que se referem à opinião dos sujeitos (HAGUETTE,

1999; MINAYO, 2000).

A entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a pesquisa. A entrevista semi-estruturada desta pesquisa foi elaborada a partir de questionamentos básicos do marco teórico de estudo (TRIVIÑOS, 1987). Desta maneira, os informantes seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal exposto pelo pesquisador, participaram na elaboração do estudo.

Para realizar a entrevista com os trabalhadores (enfermeira materno infantil e assistente médica da EMI), utilizou-se um guia de entrevista dirigido para a produção da assistência, permitindo aos mesmos expressar suas opiniões, a partir da experiência vivida. Entre as perguntas que se incluíram se encontram: Qual é a contribuição de seu trabalho para a saúde da criança?, Descreva um atendimento que você realiza, Quais são as características da população que atende? (Anexos E e F).

Em relação aos usuários, neste caso a mãe da criança que comparece à consulta com seu filho, o guia de entrevista se orientou aos aspectos da produção do cuidado, permitindo que a mãe expressasse com liberdade como ocorreu a consulta; como foi a interação da EMI com ela e seu filho e se a enfermeira permitiu-lhe expressar suas preocupações e necessidades. As questões enfocavam: motivo da consulta, quais atividades foram realizadas? e qual a importância do atendimento para ela e seu filho (Anexo G).

3.4. Procedimento para entrada no campo de trabalho investigado, participantes do estudo e a questão ética da pesquisa.

Realizou-se uma etapa prévia à coleta dos dados de duas semanas alterando o turno e a área a observar com a finalidade de participar e conhecer o trabalho realizado, assim como orientar a construção dos instrumentos de pesquisa, já que estes deveriam ser incluídos no protocolo que foi apresentado no IMSS para sua aprovação.

Após a elaboração dos instrumentos, procurou-se a autorização do Coordenador Clínico de Educação e Pesquisa em Saúde da Unidade de Medicina Familiar onde se realizaria o estudo e do Coordenador Delegacional Estadual de Pesquisa no IMSS.

O Coordenador Clínico de Educação e Pesquisa em Saúde da Unidade de Medicina Familiar solicitou que o projeto fosse apresentado de acordo com os critérios do IMSS para projetos de pesquisa. Assim, foi necessário ajustar o projeto para atender a exigência de número de páginas. O projeto foi avaliado e autorizado pelo Chefe da Delegação Nuevo León de Pesquisa (Anexo H) e posteriormente iniciou-se a etapa coleta dos dados.

Devido ao fato de ter realizado trabalho de campo prévio à etapa de coleta dos dados o pessoal de EMI e as assistentes médicas da EMI, já tinham conhecimento do que a pesquisadora estava fazendo, mas de acordo com os critérios éticos em pesquisa, foi apresentado a cada uma delas os objetivos da pesquisa, solicitando sua participação voluntária no estudo e aquelas que concordaram deram o consentimento mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo I).

As quatro EMI, permitiram a observação durante a consulta e

aceitaram participar na entrevista a qual foi gravada em fita cassete com consentimento das mesmas. Em relação às três assistentes médicas da EMI, inicialmente todas concordaram em participar, mas depois uma delas decidiu não participar, assim a observação de seu trabalho foi suspensa e a entrevista não foi realizada.

Depois de obter o consentimento livre e informado para a realização da coleta dos dados com o pessoal de saúde, iniciou-se essa etapa em 18 de fevereiro de 2004, finalizando-a em 5 de julho de 2004.

A primeira etapa da coleta dos dados foi a observação da consulta da EMI, para a qual foi necessário permanecer na área da consulta durante o período compreendido de 18 de fevereiro até 30 de abril de 2004. Neste período a pesquisadora permaneceu na área durante o horário estabelecido para a consulta da criança, que é pela manhã das 10:00 às 12:00 horas e pela tarde, das 16:00 às 18:00 horas, alternando uma semana no turno matutino e a outra no turno vespertino.

Durante a observação registraram-se os aspectos relativos ao modo de produção do cuidado realizados durante a consulta, como o tempo do atendimento, as interações, os diálogos estabelecidos entre a enfermeira e a mãe da criança, os procedimentos realizados, os instrumentos utilizados e os aspectos gerais que permitiram a caracterização das crianças que compareceram ao serviço, tais como idade, sexo, se foi a primeira consulta ou retorno. Os dados foram registrados no formato desenhado especialmente para coletar estes dados e para cada consulta de enfermagem a uma criança, preenchia-se um formulário (Anexo C).

Uma vez tendo avançado no trabalho de observação, realizaram-se as entrevistas com as enfermeiras e as assistentes médicas da EMI. A entrevista foi

realizada no horário e no dia em que os participantes indicaram como adequados, procurando não interferir com a realização de suas atividades e permitindo-lhes se expressassem livremente, considerando os itens do guia de entrevista. As entrevistas foram realizadas no período de 4 de março a 19 de maio de 2004.

Dado que se identificou que as transcrições das entrevistas demandavam muito tempo e cuidado, e que nem todas as mães a quem se solicitava sua participação estavam de acordo em participar, e com o objetivo de alcançar a saturação e o significado dos dados, decidiu-se também iniciar as entrevistas com as mães, que foram realizadas no período compreendido de 25 de fevereiro até 18 de maio de 2004.

Para realizar as entrevistas com as mães, estas foram abordadas à saída da consulta com a EMI, depois de ter agendado a próxima consulta de seu filho. A pesquisadora convidou as mães a participarem do estudo, informando-lhes o propósito do estudo e garantindo-lhes a privacidade da informação. Aquelas mães que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre informado (Anexo J).

Foram entrevistadas só aquelas mulheres que se declararam mãe da criança, já que durante o trabalho de campo prévio se constatou que são estas quem em sua maioria, comparecem com o filho à consulta. Em algumas ocasiões quando têm outras atividades para realizar ou trabalham fora de casa, as mães solicitam que outra pessoa leve a criança, como o pai ou avó.

As entrevistas foram realizadas na sala de espera procurando ficar afastadas da área da EMI e evitando o barulho próprio da sala de espera. As entrevistas foram gravadas em sua totalidade em uma fita cassete e logo após foram feitas as transcrições literais, o que permitiu analisar de imediato a própria técnica que a

pesquisadora estava utilizando e a identificação de recortes iniciais para a análise.

Foram realizadas 20 entrevistas no período de 25 de fevereiro a 18 maio de 2004. A média de duração de tempo das entrevistas realizadas na Unidade de Medicina Familiar foi de 19 minutos, com um valor mínimo de 10 minutos e um valor máximo de 30 minutos.

Durante a transcrição observou-se que era necessário tentar aprofundar nas unidades temáticas e permitir uma maior interação da pesquisadora com a mãe. Assim voltou-se novamente ao local do estudo com o propósito de identificar algumas mães que consentiram que a entrevista fosse realizada em seu próprio domicílio. Para alcançar isto a pesquisadora esteve presente no atendimento que a EMI proporcionou e como da vez anterior, após o agendamento do retorno foi abordada a mãe com a finalidade de convidá-la a participar do estudo, se expuseram os objetivos, garantindo-lhe a privacidade da informação.

No momento de abordar à mãe e solicitar-lhe autorização para entrevistá-la no seu domicílio, verificou-se que a mãe manifestou desconfiança, demonstrada pelo fato de olhar para o crachá de identificação da pesquisadora. Algumas não autorizaram a entrevista, justificando não ter tempo para isto. No início estabeleceu-se acordo com 6 mães, mas posteriormente só 5 destas concordaram em participar. Estas entrevistas foram realizadas no período de 29 de junho a 5 de julho.

No domicílio foram realizadas, então, 5 entrevistas. É importante mencionar que nas suas casas as mães se encontravam acompanhadas, algumas pelo marido, outras pela amiga ou pela mãe, percebendo isto como uma estratégia para receber alguém desconhecido em suas casas. No início da entrevista no domicílio foram expostos os objetivos da pesquisa e se confirmou a privacidade da informação, solicitando o consentimento livre informado (Anexo K).

A média de duração de tempo das entrevistas realizadas no domicílio foi de 59 minutos, com um valor mínimo de 50 minutos e um valor máximo de 75 minutos. Pelo tempo médio das entrevistas realizadas no domicílio já se pode verificar que de fato, esta estratégia, permitiu coletar informações mais detalhadas e permitiu maior aproximação da pesquisadora com as mães e seu entorno social.

Os domicílios dessas mães ficam afastados da UMF, necessitando de transporte de carro e a média de tempo estimado desde a UMF até o domicílio foi de 35 a 40 minutos. As mães referiam ir de ônibus ou em táxi; só uma de elas referiu que ia no próprio carro quando o marido podia acompanhá-la.

Durante todo o tempo de coleta dos dados (19 de fevereiro até 5 de julho), sempre o diário de campo foi utilizado, para registrar os acontecimentos tendo por base o marco teórico proposto e os objetivos da pesquisa.

Portanto o trabalho de campo constou de 87 observações sistemáticas diretas das consultas da EMI e observação às atividades realizadas na recepção pelas AEMI na recepção, assim como entrevistas a este pessoal de saúde (6 entrevistas). Enquanto as mães realizaram-se 25 entrevistas.

3.5. Estratégias para análise dos dados

Dado que este estudo realizou-se na abordagem qualitativa, os dados obtidos foram fragmentos da realidade captados pela pesquisadora através da observação sistemática direta, além de falas do pessoal de saúde EMI e AEMI, assim como das mães que comparecem à consulta com seus filhos.

O pessoal de saúde, as mães e seus filhos considerados como "objeto social", são portadores de uma linguagem que se constitui como via essencial de sua expressão o que só acontece em situações nas quais se sente implicado.

Freqüentemente durante a conversa com o investigador, o sujeito entrevistado se depara com a constituição de sua subjetividade o que torna a conversa em um momento chave no qual o pesquisador tem que se organizar para estimular a continuidade da expressão do sujeito e aprofundar o mais possível o vínculo entre o que o sujeito expressa e os objetivos e pressupostos da pesquisa.

Nesse sentido, a observação e a entrevista não são simplesmente técnicas, mas sim um processo permanente que dá unidade a todo o momento metodológico, garantindo a continuidade das diferentes formas de registro das observações e expressões dos sujeitos que adquirem sentido para serem interpretados (REY, 1997; MINAYO, 2000).

Os participantes nesta pesquisa e mesmo a pesquisadora têm como língua nativa o espanhol, assim os registros das observações e as entrevistas do pessoal de saúde e das mães, foram realizadas nesta língua. Comprometidos com o rigor científico da metodologia qualitativa, foi necessário decidir a melhor forma de apresentar estes "dados qualitativos", em relação à língua, ou seja, em espanhol ou português do Brasil, dado que a tese de doutorado está sendo realizada no Brasil.

Como já mencionado no início deste capítulo estes dados não são padronizáveis, como os dados quantitativos, o que torna necessária a flexibilidade e a criatividade do pesquisador no momento de coletá-los e analisá-los, pelo que se decidiu apresentar os registros das observações e as falas no idioma original em que foram obtidos, ou seja, em espanhol, para conservar o sentido das falas, a cultura e sua essência qualitativa.

Para a análise dos dados adotou-se a técnica de análise temática a partir do proposto por Minayo (2000). A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser

graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2000):

“O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p.105)

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise temática se encaminha para a contagem de freqüências das unidades de significação como definidoras do caráter de discurso. Ou, ao contrário, **qualitativamente**, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas, de acordo com Minayo (2000) e estas foram aplicadas na análise dos dados deste estudo:

1) A Pre-análise

Durante o desenrolar da própria etapa de coleta dos dados, os objetivos e pressupostos da pesquisa eram retomados para verificar se o significado e sentido dos dados que estavam sendo coletados respondiam às indagações iniciais. Isto permitiu, por exemplo, demonstrar a necessidade de realizar algumas entrevistas com as mães, em seus próprios domicílios.

A pre-análise realizou-se durante a coleta dos dados, já que ao preencher o formulário de observação para cada uma das consultas e da recepção das mães e seus filhos pela AEMI, colocava-se um número seqüencial que permitiu sua ordenação e verificação posterior. Estes formulários foram guardados em pastas identificadas com um número para cada um dos sujeitos observados.

No caso das entrevistas, os dados de identificação do pessoal de saúde

foram registrados em uma folha especial destinada para estes registros e para cada uma das entrevistas das mães foi preenchido um formulário, para obter os dados de identificação delas e de seus filhos. As entrevistas foram gravadas em uma fita cassete e identificadas por um número seqüencial que coincidia com o formulário de identificação. A totalidade das entrevistas, tanto as realizadas com o pessoal de saúde como com as mães foram transcritas pelo pesquisador, geralmente no dia seguinte da coleta. Esta estratégia teve a vantagem de possibilitar ao pesquisador avaliar sua própria técnica de entrevista e já ir identificando as unidades temáticas iniciais, o que lhe permitiu decidir quando a saturação dos dados foi alcançada.

Finalizada a coleta dos dados, realizou-se uma revisão geral dos registros das observações da consulta da EMI e da recepção da AEMI, das entrevistas realizadas com o pessoal de saúde e mães tanto na UMF como nos domicílios, bem como das notas de campo.

Realizou-se releitura do material de acordo com a proposta analítica o que deu a investigadora um mapa horizontal de suas descobertas no campo. Para alcançar isto se retomaram a totalidade dos registros das observações, notas de campo e as entrevistas, tanto do pessoal de saúde como das mães. Neste momento foi necessário refletir como fazer uma análise completa dos dados, entrelaçando os dados da observação das atividades da EMI e confrontando as falas dos dois grupos, do pessoal de saúde e das mães.

Foi necessária uma leitura exaustiva e repetida, provocando uma relação interrogativa com eles, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. É um exercício denominado por alguns autores como "*leitura flutuante*", o que permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves do tema em foco (MINAYO, 2002). Essa atividade ajudou a

pesquisadora a processualmente estabelecer os temas, confrontando-os com a fundamentação teórica estabelecida como baliza da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambos.

Constituição de um “Corpus” ou de vários “Corpus” é a organização do material de forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade, ou seja, os dados foram sendo analisados e agrupados de acordo a unidades de significado, marcando com uma senha para ter a certeza de que todos foram incluídos e representatividade na qual alguns aspectos foram repetidos durante as entrevistas, denotando com isto a importância deste aspecto para os participantes. Ante esta situação selecionou-se a fala mais representativa; por outra parte alguns aspectos só foram mencionados uma vez, mas dada sua contribuição aos objetivos da pesquisa foram considerados, também, como representativos da realidade; pertinência dado que os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho, pelo qual se confrontaram os objetivos e os pressupostos da pesquisa à luz do material recolhido e se visualizou como um todo, analisando se o mesmo tinha possibilidade de responder às interrogantes da pesquisa.

2) *Exploração do material*. Nesse momento se fez uma “leitura transversal” de cada corpo de dados significativos. Recortou-se de cada entrevista ou documento em termos de “unidade de registro”, a serem referenciados por núcleos de sentido. Os critérios de classificação, em primeira instância, foram modo de produção do cuidado, modo de organização e modo de interação com o enfoque nas tecnologias leves. Mas como todos estes são momentos do processo de trabalho, foram reagrupados no núcleo temático processo de trabalho da EMI. Outro núcleo temático foi a concepção do cuidado à criança sadia na perspectiva das mães e do pessoal de saúde e a questão do leite artificial fornecido pela UMF. Este último aspecto

esteve sempre presente em todo momento da coleta dos dados.

Estes dois núcleos temáticos permitiram um aprofundamento do conteúdo das mensagens. Esta primeira classificação, ainda grosseira, foi elaborada como em pastas, onde cada assunto, tópico ou tema foi cuidadosamente separado e guardado.

As classificações iniciais foram reagrupadas em torno de três temas: configuração institucional, processo de trabalho da EMI e o programa de saúde da criança sadia, com subdivisões em cada um deles.

3) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.* Tendo o marco teórico presente o tempo todo – se fez uma inflexão sobre o material empírico, que é segundo Minayo (2000), o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação.

Portanto, tendo presentes os temas identificados, as concepções teóricas e os achados de outras pesquisas, foi-se construindo os momentos do processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia, integrando as observações e as falas tanto do pessoal de saúde como das mães que permitissem uma maior representatividade dos temas centrais identificados.

Considerando este como o momento de diálogo do pesquisador com os dados, pois teve que analisar e interpretar os temas e entrelaçá-los ao quadro teórico e objetivos preestabelecidos, para finalmente chegar a estabelecer conclusões do modo de se produzir o cuidado de enfermagem à criança sadia menor de 5 anos, assim como propor algumas alternativas de mudança neste modo de produzir saúde.

3.6. Considerações éticas

No presente estudo de investigação se consideraram os delineamentos propostos no Regulamento da Lei Geral de Saúde em Matéria de Investigação para a Saúde (MÉXICO, 1987). De acordo ao Título Segundo, capítulo I, artigo 13, como o ser humano foi sujeito de estudo na investigação, prevaleceu o critério de respeito à sua dignidade e à proteção a seus direitos e bem-estar.

Artigo 14, linha V e artigo 20, determinam o consentimento informado e por escrito do sujeito de investigação. Neste caso, foi solicitado o consentimento livre informado do pessoal de saúde para serem observados durante a consulta e para serem entrevistados e em relação às entrevistas das mães obteve-se o consentimento por escrito para fazer as entrevistas na Unidade de Medicina Familiar e nos domicílios. Linha VI determina que o estudo deva ser realizado por um profissional de saúde, com conhecimento e experiência para cuidar a integridade do ser humano, submetido à responsabilidade de uma instituição de atenção à saúde. Em concordância com a linha VII e VIII o estudo contou com o parecer favorável do Coordenador Delegacional Estadual de Pesquisa no IMSS.

Artigo 16, nesta investigação a privacidade do indivíduo sujeito de investigação foi protegida. Nos resultados só se identifica o pessoal de saúde, com um número que não correspondeu a como elas são identificadas na instituição.

De acordo com o artigo 17, linha I, esta investigação foi considerada sem risco, já que só se empregaram como técnicas de investigação a observação sistemática direta e as entrevistas, não se utilizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram no estudo.

De acordo com o artigo 18, foi respeitado o direito de uma das pessoas de se

retirar da investigação.

O artigo 21, determina que para o consentimento informado ser considerado existente, o sujeito da investigação deve receber uma explicação clara e completa dos objetivos da investigação, os procedimentos que iriam ser utilizados e seus propósitos, as moléstias ou riscos esperados e os benefícios que poderiam obter-se, assim como a garantia de receber resposta a qualquer pergunta, a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que com isso se crie prejuízos para continuar seu cuidado e tratamento. Antes delas assinarem o consentimento, como visto acima, isto foi cumprido.

De acordo com o artigo 21, linha VIII, foi oferecido ao sujeito a segurança de que não iria ser identificado e que se manteria a privacidade da informação obtida com o recuso de que as falas seriam identificadas só com números. Linha IX, manteve-se o compromisso de proporcionar ao sujeito informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que isto pudesse afetar a vontade do sujeito de continuar participando.

Artigo 22, o consentimento livre e informado se formulou por escrito pelo investigador principal e autorizado pelo Coordenador Clínico de Educação e Pesquisa em Saúde da Unidade de Medicina Familiar onde se realizou o estudo.

Como este estudo foi realizado em uma instituição de atenção à saúde considerou-se, o título sexto, artigo 113. Assim a direção e realização desta investigação estiveram a cargo de um investigador principal que é um profissional da saúde e de acordo com o artigo 115, esta investigação se desenvolveu de conformidade com um protocolo de pesquisa e de acordo ao artigo 116 o pesquisador principal teve as seguintes atribuições: I.- preparou o protocolo de pesquisa e VI.- elaborou e apresentará os informes parciais e finais da investigação.

===== *Resultados/Discussão – O processo de trabalho da EMI*

CAPÍTULO IV

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA MATERNO INFANTIL NO CUIDADO À CRIANÇA SADIA

O presente capítulo constitui a parte central desta investigação, pois é neste momento que os dados são trabalhados, ou seja, faz-se a análise e interpretação das categorias empíricas, que vão se constituindo entrelaçadas ao quadro teórico e objetivos pré-estabelecidos. Trata-se da caracterização e análise do processo de trabalho da enfermeira materno infantil (EMI).

Do processo de tratamento das observações realizadas na recepção das mães e seus filhos e dos atendimentos da EMI, assim como das falas obtidas nas entrevistas do pessoal de saúde e das mães, emergiram os seguintes temas: 1) configuração Institucional; 2) produção do cuidado de enfermagem, 3) o programa de Controle da Criança Sadia. Estes três temas foram analisados em separado, para uma análise mais detalhada, porém, é importante dizer que todos eles, no seu conjunto são a própria produção do cuidado de enfermagem que se expressa nos momentos do processo de trabalho.

No que diz respeito à configuração institucional, apresenta-se o ambiente onde ocorre o atendimento, se consideraram as condições higiênicas, a ventilação, a iluminação, o mobiliário e os materiais do espaço onde se processa o trabalho e a questão dos registros da produtividade da EMI.

Em termos da produção do cuidado de enfermagem, foram analisados os aspectos relacionados à dinâmica da produção, o objeto/sujeito de trabalho, ou seja as mães e seus filhos, os agentes responsáveis, ressaltando os processos que acontecem no interior do espaço intercessor, trabalho vivo/trabalho morto, tecnologias e autogoverno ou não da EMI e da AEMI, como produtoras de um núcleo cuidador, procedimento centrado ou paciente centrado, neste caso mãe/filho centrado.

Quanto ao Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança menor de 5 anos, considerado nesta pesquisa como Controle da Criança Sadia, foi analisada a compreensão do mesmo na perspectiva do pessoal de saúde e dos usuários, identificando o que é e como é oferecido às mães e seus filhos.

4.1. Configuração institucional

4.1.1. *Ambiente onde ocorre o atendimento*

Este trabalho não tem por objetivo a avaliação das instalações do serviço, mas contudo, acredita-se que para um atendimento de qualidade estes itens devem ser observados e diante da configuração tecnológica do trabalho em saúde, advoga-se a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias: a leve, a leve-dura e a dura é que se pode produzir um cuidado com qualidade (SANT'ANNA, 1995; MERHY, 2002).

Da mesma forma, Matumoto (1998) refere que o trabalhador está em constante relação com seu meio, as condições de trabalho tanto podem favorecer, quanto dificultar o trabalho, sendo desta forma importante para o acolhimento na medida em que atuam sobre o trabalhador, especialmente sobre sua disponibilidade

para o trabalho. Efetivar o trabalho em saúde exige a preparação do ambiente físico enquanto espaço de relações. O atendimento representa a aproximação de pessoas que buscam a solução de algum problema e portanto, condições mínimas de privacidade e conforto são necessárias.

Em relação ao acesso à Unidade de Medicina Familiar, as mães referiram, em sua maioria, chegarem de ônibus, observou-se que em frente a Unidade há um ponto de ônibus. Há várias linhas que cobrem a área de abrangência da UMF. Pelo contrário, quem chega de carro particular, referiu como problemática a questão do estacionamento, que se localiza ao lado da UMF, porém cobra uma tarifa por hora, tornando-se inviável o pagamento devido à situação econômica referida pelas mães. Assim, o carro é estacionado dois quarteirões ou até cinco de distância da UMF. Por isto preferem o ônibus e algumas ainda referiram não ter carro e nem mesmo dinheiro para pagar o ônibus.

"Nosotros no tenemos carro y a veces ni para el camión, llegué en pesera y ahora me tengo que regresar caminando, porque ya no tengo, lo que pasa es que ahorita esta bien fuerte el sol y me voy a esperar, no vaya a ser que al niño le haga daño" (Ent. Mãe 5).

"Vengo en pesera, carro, no pues no hay, nosotros tenemos una carcachita, pero mi esposo se la lleva, para cuando sale del trabajo, hacer algo extra, ahí nomás para completar" (Ent. Mãe 15).

"Porque a veces yo digo, no hay ni para el camión" (Ent. Mãe 22).

"Vamos en un micro, pero cuando me lleva mi esposo se batalla con el estacionamiento, de hecho se tiene que estacionar hasta la colonia, porque no hay lugar y luego siempre están los taxis y están que vendiendo y ocupan los cajones y no hay donde ponerse" (Ent Mãe 23).

"Es lo que falta un estacionamiento exculsivo para los pacientes, porque está el otro estacionamiento de acá, pero allí te cobran y a veces no hay lugar, y no hay para pagar" (Ent. Mãe 24).

Para o acesso ao interior da unidade, já que esta tem uma planta baixa e dois pisos, conta-se com um elevador com capacidade para transportar até 10 pessoas, o que permite o acesso a pessoas em cadeira de rodas. Conta-se também com

escadas com corrimão.

Quanto ao clima e ventilação da Unidade de Medicina Familiar e da área de trabalho da EMI, conta-se com ar-condicionado para o verão e com aquecedor para o inverno, os quais encontram-se ligados o tempo todo de funcionamento da UMF.

No tocante à planta física, o local de trabalho da EMI, possui uma sala de espera com uma largura de aproximadamente três metros², com cadeiras para as mães aguardarem o atendimento. A área é identificada por um letreiro como "EMI".

Conta-se com duas salas destinadas para consultórios, com uma medida aproximada de três metros², tamanho este inadequado para acomodar o mobiliário, instrumentos, o profissional e as mães e seus filhos, como foi identificado na fala de uma das mães ao referir-se o fato de não ser permitida a entrada do parceiro, durante a consulta: *"mi esposo dice - pues yo creo que es porque allí está bien chiquillo, luego se hace mucha bola - o también estorban allí (Ent. Mãe 22)*. Estes consultórios apenas são identificados como EMI 1 e EMI 2, por letreiros feitos com uma folha de papel.

As salas encontram-se contíguas uma da outra, separadas só por uma parede de acrílico, o que não impede que os diálogos sejam ouvidos de um consultório ao outro, como foi referido por uma das mães: *"porque toco una que yo alcance a oír, ya ve que son 2 consultórios pegados" (Ent. Mãe 22)*.

No consultório 2, as enfermeiras têm um rádio que permanece ligado o turno todo, chegando a fazer parte do próprio ambiente, como se apresenta na seguinte nota de campo:

"Neste consultório que nomearei, consultório 2, praticamente sempre está ligado o rádio o turno todo, com uma música do tipo balada, a qual incomoda, mas é ignorada pelos agentes" (Nota de Campo, 23 de fevereiro de 2004).

O consultório 2 tem melhor iluminação já que conta com uma janela que

permite a entrada de luz natural. Pelo contrário, o consultório 1 tem uma iluminação deficiente, só conta com duas luminárias no teto. A área tem um corredor o qual está decorado com alguns desenhos infantis de papel feitos a mão em diferentes cores.

Em relação ao mobiliário, na sala de espera há duas escrivaninhas, que são utilizadas pelas assistentes médicas da enfermeira materno infantil (AEMI), no horário matutino, já que neste horário estão designadas duas pessoas e no horário vespertino apenas uma AEMI. Isto gera inconformidade na assistente médica designada ao turno vespertino, que percebe uma sobrecarga de trabalho, já que tem que receber as mães que comparecem com as duas EMI do turno vespertino, além de que seu contrato de trabalho é de oito horas, ou seja das 14:00h às 20:00 h.

No corredor encontram-se uma pia, uma estante, duas balanças para as mulheres grávidas e uma balança para as crianças. Os consultórios têm cada um o seguinte mobiliário: escrivaninha, cadeira para a EMI, cadeira para a mãe, dois divãs com colchonete para exame físico, um para as mulheres grávidas e ou outro para realizar o exame físico da criança e um computador. Entre os instrumentos para realizar a revisão física da criança encontram-se: fita métrica e régua colada com fita adesiva ao divã para aferir a estatura, durante o exame físico. Em um dos consultórios há um carrossel e alguns brinquedos.

Na parede de um dos consultórios encontra-se colada com fita adesiva uma tabela que é utilizada para comparar o peso atual da criança com o recomendado pela Normativa em Saúde Infantil do IMSS (IMSS, 1998b).

Em relação aos equipamentos da área, pode-se dizer que o mobiliário é modesto, com aparência de velho; a balança onde se realiza a verificação do peso da criança é obsoleta, manual, e só está protegida por um papel, o qual é trocado a cada três dias ou mais. A verificação de estatura é realizada com a régua colada

com fita adesiva à mesa de exame físico o que não permite medida precisa, mas sim aproximada. A escassez de recursos é notória, os lençóis estão velhos e ralos e são usados o turno todo. Para exemplificação: *ao chegar uma criança com evacuação a EMI colocou-a sobre o divã, realizo o exame físico desta criança e posteriormente continuou a avaliação dos pacientes com este mesmo lençol que estava sujo (Nota de Campo, 26 de fevereiro 2004).*

Há escassez de material para realizar os procedimentos tais como avaliação dos genitais da criança, os quais são examinados sem realizar previamente a lavagem de mãos e, até algumas vezes, nem posterior ao procedimento. Carecem de abaixadores de língua (espátulas) para avaliação da cavidade oral da criança, pelo que só realizam inspeção visual e algumas vezes ajudando-se com os dedos da mão. Tem uma toalha de banho para secar as mãos, a qual é usada até por uma semana (*Nota de campo, 18 de fevereiro 2004*).

Em relação à limpeza na UMF, chama a atenção que na área externa, dois quarteirões ao redor da Unidade, encontra-se lixo e sujeira, até material de curativo com sangue, algodões e compressas de gaze, que as pessoas jogam na rua. Na área externa da UMF há comércio informal, com venda de sanduíches, refrigerantes, tacos, bolachas, entre outros. Já no interior algumas vezes o chão, apresenta-se com sujeira; pode-se encontrar secreções como saliva e sangue, assim como algodões manchados de sangue.

Na área de trabalho da recepção e da EMI, há muita sujeira nos cantos e apresenta-se com poeira. O pessoal da faxina só realiza limpeza dos corredores, uma vez por turno. Os móveis não são removidos para realizar a limpeza. A banqueta que é utilizada para subir ao divã de exame físico está suja. Observou-se, também, que o pessoal de limpeza não solicita autorização para entrar nos consultórios quando há pacientes. *A falta de limpeza do ambiente não condiz com o que*

a EMI recomenda às mães em relação à higiene dos filhos (Nota de campo, 26 de fevereiro, 2004).

Matumoto (1998) refere-se à limpeza como um aspecto da preparação do ambiente para a relação de atendimento. Um ambiente limpo, claro, organizado reflete uma atenção antecipada para com o usuário e com o trabalho a ser desenvolvido. É clara a relação limpeza e saúde e esta também compõe parte do que o usuário busca no serviço de saúde.

No entanto, os aspectos da limpeza, aparência ambiental, equipamentos e instrumentos de trabalho obsoletos, só foram mencionados por duas mães, uma delas que estudou até o terceiro ano de medicina, referiu recursos limitados e mencionou aspectos da limpeza do ambiente, assim também referiu o fato que a UMF esteja reconhecida como Unidade Amiga da mãe e criança, mas também não se conta com equipamentos disponíveis para mudar as fraldas das crianças. A outra, citou a falta de equipamentos para realizar os procedimentos tanto nas mulheres grávidas como nas crianças. Quanto ao pessoal de saúde, só uma das enfermeiras referiu a escassez de recursos, assim como a falta de formulários:

"Nomás vienes a recoger enfermedades, está todo bien contaminado. Es el sistema, y eso todos lo sabemos, en el Seguro hay muchas cosas que están mal, de que ya sabemos de que todo se lo roban y no queda nada, cada vez los servicios están más limitados y las medicinas. Yo, ya saben, mi niña, viene aquí, y no me agarren los asientos, y no ande corriendo, y no ande en el suelo, es más, a veces traigo de esas que usas, para lavarte las manos sin agua, porque alguien dejo allí, las tripas al aire, es un decir, el organismo, verdad, ¡Dios mío, es que en serio!. Aquí esta unidad se llama unidad amiga de la madre y del niño pero no hay lugar para cambiar los pañales al niño, allí andas cambiándolo en las sillas, ya se lo dije a la trabajadora social que pongan cuando menos un escritorio viejo que ya no usen, pero ni eso" (Ent. Mãe 15).

"Les falta material a ellas, yo veo, a veces unos chiquillos que son muy chillones que no hayan con que entretenerlos, tenían una cosita allí colgada la vez pasada y ahora no la tenía, la tenía la otra o sea como, si en eso están tienen que tener sus cosillas, o no se como sea, que les provean o no se, que tengan lo indispensable, no tampoco lujos pero si lo indispensable que van a ocupar para los

niños, como la pesa, también nada más es una y luego - espérate porque estoy pesando al mío, ahorita lo pones - ah ok - este o, - préstame la cinta - o cuando uno esta esperando el bebé el aparatito ése que tienen - espérate porque lo estoy ocupando yo - espérese señora allí - ay, toda helada con la cosa ésa que te ponen, te estas esperando porque lo trae la otra, tienen que tenerles, yo digo sus herramientas que ellas ocupan, lo indispensable de ellas, bueno una pesa para éste consultorio, una pesa para allá, un aparatito aquí, una cinta para medir allá, o a veces que viene la otra - déjame checarle aquí - una de esas que dice lo que deben de pesar, lo que deben de medir, allí esta la muchacha, allí en el mismo de este o sea deja a la persona allá y ai viene, pues eso también deberían de ponerle también una a cada quien, porque en eso están todos los días, y de que préstame aquí, préstame allá" (Ent. Mãe 22).

"No sé si sea ya cuestión de persona, personal, este pues estás viendo el desarrollo motor, yo pienso que debería haber aquí juegos de embonar, de armar, los colores también, como crayolas. Es que aquí si hay la hoja de DENVER, pero algunos expedientes no la traen, a lo mejor porque no hay, ¿es qué está clínica?, créeme que aquí yo batallo mucho con la papelería" (Ent. EMI 4).

4.1.2. Horário de atendimento aos usuários e turno de trabalho do pessoal de saúde

As EMI e as AEMI observadas trabalham em dois turnos, uma das AEMI tem contrato de trabalho de 6 horas.

Horário	Turno Matutino	Turno Vespertino
Entrada	7:00 h.	13:00
Consulta Pré-natal	8:00 - 10:00 h.	14:00 - 16:00
Consulta da Criança Sadia	10:00 -12:00 h.	16:00 - 18:00
Saida	15:00 h.	20:30 hrs.

No primeiro momento proporciona-se a atenção as mulheres grávidas de baixo risco, "O Controle Pré-natal", desde a 12^a. semana da gravidez até a 35^a. semana, para posteriormente encaminha-la ao hospital para continuar sua atenção com a Enfermeira Pré-natal Hospitalar quem a atende até 39^a. semana da gestação. No momento, em que a enfermeira identifica sinais e sintomas de risco tem que encaminha-la com seu médico familiar para que ele continue a avaliação ou a seu

juízo encamina-la para o ginecologista do hospital.

As consultas de Controle Pré-natal estão programadas a cada 15 minutos, pelo que se atendem a 8 pacientes. Para algumas das EMI a atenção a este grupo de população é ainda mais importante e precisa de maior responsabilidade que o atendimento da criança.

"A mi me gusta mucho EMI, control del niño sano y embarazo, a mí me gusta más que Medicina Preventiva, las embarazadas son pacientes que son susceptibles, en sí la paciente embarazada es muy susceptible, pero es más bonito, igual que los niños, los niños son hermosos, a mí me gustan mucho los niños, pero en la embarazada como que uno se siente con más responsabilidad, porque a ellas por ejemplo, las ves bien ahorita y ya mañana traen un sangrado o un dolor o algo o cambian, a mi me toco por ejemplo, antes de irme de vacaciones, una paciente de 34 semanas, casi 35, ya la había yo dado de alta, va y se hace un ECO, por fuera en la mañana y está muy bien, viene conmigo y traía sufrimiento, traía arritmia o algo así que traía problemas el bebé, entonces tienes que estar al pendiente de ellas, es más responsabilidad que con el niño, porque al niño ya lo ves y a la embarazada pues la ves a ella, pero al bebé no lo estás viendo, no sabes como está, entonces es más responsabilidad para ti el control del embarazo, pero en sí es bonito el programa (Ent. EMI 4).

A fala mostra que a enfermeira considera que o fato de atender à mulher grávida permite-lhe a apropriação de um momento intelectual do trabalho (diagnóstico), atitude esta que se valoriza no modelo médico, com o atendimento centrado no corpo anátomo-fisiológico, sem atender as necessidades trazidas pela mãe e as crianças, sem permitir o acolhimento ao usuário, sem produzir o cuidado de enfermagem.

As consultas das crianças sadias iniciam-se às 10:00 h, e estão programadas a cada 10 minutos, pela tarde iniciam às 16:00 e assim podem ser atendidas 12 crianças em cada turno de duas horas cada. As consultas tanto de Controle Pré-natal como de Controle da Criança Sadia, correspondem ao total de 20 e são realizadas em seqüência, sem intervalo de interrupção entre uma e outra. Portanto, o tempo não trabalhado correspondeu com maior frequência, após o término das

consultas antes de findar a jornada de trabalho.

Este tempo ocioso é interpretado pelo pessoal administrativo e até pelas mães como tempo não utilizado em atendimentos, porém empregado para atender necessidades pessoais do pessoal de saúde. De acordo como observado o pessoal está preocupado com uma produção massificada, mecânica que lhe permita concluir a consulta para poder ter tempo livre para necessidades pessoais.

"Yo no voy a comer, hasta que no termino, hasta que termino todo, toda mi consulta, entonces allí se ve como que hay mucho tiempo perdido, como que tienes mucho tiempo libre, pero si tú te tomas tu tiempo para ir a comer, te tomas tú tiempo para irte a tu clase y todo, está todo lleno, sí, entonces por eso dicen es que ustedes nunca llegan a las metas, ustedes tienen mucho tiempo libre, eso dicen en los informes que nos dan, este tienen mucho tiempo libre y a veces sí nos aumentan más el trabajo – Auméntales – entonces allí es porque como te digo, nos ven, pero si tú te tomas tú tiempo, así de comida y te vas a tú clase, no hay mucho tiempo verdad (Ent. EMI 1).

"Las señoritas éstas se van atrasando, la cosa es que no había pasado a nadie, estaba sola, por eso me senté ahí, para estar viendo quien entra, ésa es la molestia, verdad, yo veo que va pasando uno tras otro, tras otro y yo platicando con las demás pacientes, veo que van delante de mi, pues ni modo, yo sé que van atrasadas, pero que yo veo que están sin hacer nada, pues a mi me molesta verdad. Vamos a tener que poner este, cámaras de video, como las de los políticos, porque, no, no, cambian, sigue todo igual (Ent. Mãe 19)

"A las seis, ellas ya terminan la consulta y a las ocho, ya nada más esperan su salida, ya nada más lo que están esperando es la salida, no estaban haciendo nada – o porque les paga el seguro, van a estar de adorno nada más, hasta que se cumpla el turno, nada más, no es la de ai, o dime que hacen en su tiempo libre que ya terminan allí, nomás dime, tú has estado allí que hacen puro cotorreo, no me digas que no, la que fuma, fuma, la que quiere un coca, un café se sale o manda a alguien y el cotorreo, que del marido, que el querido, puro cotorreo o me compre un carro del año, me compre allá, me compre acá, es de lo que se habla, ha y se dan por ofendidas si les salió un paciente que no les siguió su juego, hay es que aquel bien prepotente el paciente, que esto y que lo otro" (Ent. Mãe 25).

Outra situação de destaque é o modo como se organizam os horários de trabalho do pessoal de saúde, já que a consulta pela manhã conclui entre 12:00h e 13:00h e pela tarde entre 18:00h e 19:00h., o período do tempo de 13:00 às 15:00 h e de 19:00 as 20:30 h. é utilizado para comer e completar dados no expediente ou o

registro de algumas informações. No entanto, o pessoal do turno matutino que tem como hora de saída às 15:00 fica aguardando a hora de saída nos vestiários, já que o pessoal da tarde chega às 13:00 h e como a área é pequena não é possível que estejam todas juntas.

Este aspecto foi trazido nas falas do pessoal de EMI.

"Lo que sí, nos juntamos mucho, son los dos turnos, que yo salgo hasta las 3 y éstas chicas entran a la 1 y media, sí pero porque ellas tienen enseñanza al entrar, sí, pero como no la tienen, se vienen para acá, por eso las ves tú aquí, llegan aquí, entonces no tienen enseñanza, entonces llegan aquí y aquí nos juntamos, ellas empiezan a las 2 de la tarde, porque debe ser de 1:40 a 2 de la tarde la enseñanza, y yo de las 2 a las 2 y media por decir es mi clase, después de ellas nosotros tenemos la enseñanza" (Ent. EMI 1).

A mesma situação dos turnos de trabalho identificou-se como um fator que ocasionou até uma mudança, no tempo destinado para os atendimentos, o qual passou de 20 min para 10 minutos.

"Inicialmente el programa marcaba que la cita debería de ser cada 20 minutos, debe de ser 20 minutos por paciente, eso es lo ideal, el detalle es que no podemos manejar ése horario porque nos empalmaríamos con las chicas de tarde, se correría mucho el horario más la gente que llega tardecita, ya ves que no todos llegan muy puntuales y entonces nos empalmaríamos un buen número de pacientes con las del vespertino, entonces por eso optamos por acortarlo" (Ent. EMI 2)

Da mesma forma uma das enfermeiras referiu: *"Esta é uma população cativa"* (Ent. EMI 3), uma população que não tem outra opção para procurar o atendimento, a exceção dos serviços privados, mas como a população não tem os recursos econômicos, como já foi apontado no item do sujeito/objeto do cuidado da EMI, tem que procurar o IMSS: *"Ahorita al control, están viniendo como tú lo has visto, niños mayores de 2 años, a los que ya no se les da nada, porque por fuera cobran mucho el control del niño"* (Ent. EMI 1). Então se as mesmas enfermeiras acreditam que os pacientes não têm outra opção para a atenção à saúde, será que a construção de serviços mais autônomos e de qualidade, necessitam efetivamente da produção de

um cenário competitivo e regulado pela lógica de mercado? (MERHY, 2002).

No entanto, a Missão do IMSS ressalta a necessidade da satisfação do usuário e do prestador do serviço. Assim, a configuração institucional interfere diretamente na disponibilidade do trabalhador para proporcionar o cuidado, já que não se tem os recursos necessários para desenvolver as atividades de avaliação da criança. E o modo como se organizam os horários de trabalho não permitem que as EMI atendam oportunamente as suas necessidades fisiológicas básicas. Esta configuração também afeta diretamente o acesso dos usuários aos serviços, entendendo acessibilidade como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde (FEKETE, 1997).

Em relação ao acesso geográfico caracterizado pela forma de deslocamento verificou-se que a forma principal foi de ônibus. O acesso econômico no caso dos serviços do IMSS tem um significado relativo, já que em geral, estes serviços são utilizados pela população adscrita de mais baixa renda, assim, as mães referiram não ter dinheiro para o pagamento do ônibus.

4.1.3. Os registros

A EMI pode atender diariamente até 8 mulheres grávidas no Programa de Controle Pré-natal e 12 crianças no Programa de Controle da Criança Sadia. De acordo com os registros proporcionados pela área de Medicina Preventiva, durante o primeiro semestre de 2004, os atendimentos da EMI a menores de 1 ano foram 1402 e as crianças entre 1 a 4 anos foram 1766.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 5 das atividades de vigilância materno infantil no capítulo 3 deste trabalho, observou-se que os médicos

familiares proporcionaram 1.995 consultas de vigilância infantil a menores de 5 anos, 961 de primeira vez e 1.034 consultas de retornos já que as crianças são avaliadas pelo médico familiar até os três meses de idade e depois são encaminhadas para a EMI.

Quanto aos registros dos atendimentos proporcionados pela EMI durante o primeiro semestre de 2004, foram 1.402 de crianças menores de 1 ano e 1.766 de crianças de 1 a 4 anos, um total de 3.168 e nos atendimentos que proporciona a EMI não se faz diferença de primeira consulta ou retorno. O fato da consulta ser de primeira vez ou retorno tem compreensão dúbia pelas EMI, ou seja, uma considera que não há diferença qualitativa no atendimento e outra considera que é diferente atender a uma criança de primeira vez ou retorno.

"Dicen los médicos que te llevas más tiempo en los de primera vez que en los subsecuentes, ¿no es cierto?, o sea es lo mismo, los vas a checar igual, vas a dar la información de acuerdo a la edad, o sea, todo es igual, nada más, pero es la misma, es lo mismo que le haces a uno de primera vez, que al subsecuente, aquí no hay, ninguno es de primera vez, todos son subsecuentes porque ya los vio el doctor" (Ent. EMI 1).

"En el niño, si es de primera vez, se le dan a conocer a la señora los objetivos del programa, cuales son las ventajas y luego su orientación, también relacionada con la higiene, la nutrición, con prevención de accidentes y la estimulación temprana acorde con la edad del niño, si ya es un bebé subsecuente, le vamos a reforzar, a lo mejor no vamos a tocar el tema como la primera vez, pero vamos a ir reforzando y si vamos viendo algunas debilidades de acuerdo a lo que nosotros le estamos diciendo, por ejemplo, vino la primera vez, ya le hablaste de la importancia de la higiene y ves al niño en su apariencia que no viene con las condiciones higiénicas apropiadas, pues le haces hincapié en ése aspecto, de la importancia que tiene la higiene" (Ent. EMI 2).

Neste sentido é necessário apontar que a EMI proporciona atenção à criança dos 4 meses até os 5 anos de idade, o que supõe uma relação ao longo do tempo para lidar com o crescimento e mudanças das crianças e mães no decorrer de um período de anos, que comporta o sentido da longitudinalidade que, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de

saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Considerando que as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária (STARFIELD, 2002).

Portanto, é necessário que as EMI considerem se a consulta é de primeira vez ou, trata-se de um retorno, o que possibilita focalizar a detecção de necessidades e a forma de relacionamento com os usuários mãe/filho, tentando a construção de vínculo no decorrer do tempo.

Ao considerar os dias de trabalho durante o primeiro semestre só de segunda a sexta feira, são 129 dias de trabalho no primeiro semestre descontando o dia 5 de fevereiro e o dia da paixão, perfazendo 127 dias. Seriam então, 11 atendimentos a crianças menores de 1 ano e 14 atendimentos a crianças de 1 a 4 anos, total de 25 atendimentos diários. Detectando-se uma discordância nesta informação, já que a EMI tem marcado o atendimento a 8 mulheres grávidas e 12 crianças em 4 horas de trabalho cada dia.

Assim mesmo é possível citar o seguinte, no dia 22 de março de 2004, a pesquisadora permaneceu durante toda a consulta da EMI 2. Foi um dia particularmente tranquilo, e ela atendeu apenas 4 crianças. No dia seguinte foram verificados os registros feitos pela assistente, observando o seguinte:

Pacientes/Pessoal	CITADOS	CONSULTADOS
EMI 1	12	11
EMI 2	12	7

Então a pesquisadora perguntou à assistente:

P: Quantos pacientes a EMI atendeu ontem?

A: Ontem consultou 7.

P: Mas ontem observei que ela só atendeu 4.

A: Olha atendeu a este e a este também (e os assinalou com vermelho) no diário.

A mesma situação foi observada no dia 2 de abril de 2004.

Pacientes/Pessoal	CITADOS	CONSULTADOS
EMI 1	12	11
EMI 2	12	8

Também nesta ocasião, permaneceu-se o tempo todo nas consultas e observou-se que a EMI, só atendeu a 6 pacientes, pelo que foi perguntado para a assistente:

P: Olhe poderia dizer-me, quantos pacientes as EMI atenderam ontem?

A: A EMI 1 atendeu 11 pacientes, 7 de 1 até 4 anos e 4 menores de 1 ano; e a EMI 2 atendeu 8, sendo 4 menores de 1 ano e 4 de 1 até 4 anos.

P: Olhe acontece que ontem permaneci o turno todo com a EMI 1 e ela só atendeu a 6

A: Provavelmente você registrou errado, passaram os pacientes sem que você se dera conta de isso.

Apesar de que os registros sejam importantes, observa-se que mesmo quando o trabalho de um dia tenha sido tranquilo, como afirmou o pessoal, só se atendem a pacientes que têm consulta marcada e aqueles que solicitam consulta sem agendamento não são atendidos. O agendamento prévio das consultas tem sido identificado como um elemento que humaniza à assistência e facilita o acesso (RAMOS; LIMA, 2003), mas no serviço da EMI configura-se como um mecanismo relacionado com a acessibilidade organizacional que interfere de forma negativa na atenção das necessidades dos usuários, já que não estamos diante de um serviço de pronto atendimento, mas sim trata-se de um serviço que tem como propósito a construção de um vínculo com o usuário portador de necessidades.

Acude una señora a consultar pero se equivoco, porque su cita estaba programada el día de ayer 30 de marzo y no hoy 31 de marzo de 2004, la asistente revisa la cartilla de salud donde se registran las citas y le comenta a la señora:

A: Es que su cita era el día de ayer y no hoy.

S: Bueno es que se me pasó, no me fije.

*A: Pues no la podemos atender, aquí los pacientes están citados, le voy a registrar otra cita, pero que no se le pase.
(Nota de campo, 31 de marzo de 2004)*

Os registros também são utilizados pela chefia como mecanismo para verificar a possibilidade de atender maior número de crianças, caso não tenham cumprido as metas.

"Dicen es que ustedes nunca llegan a las metas, ustedes tienen mucho tiempo libre, eso dicen en los informes que nos dan, este tienen mucho tiempo libre y a veces sí nos aumentan más el trabajo – Aumentales - " (Ent. EMI 1).

Identificou-se que os registros eram utilizados como uma ferramenta para mostrar a produtividade do trabalho através de critérios quantitativos, mas não eram considerados como instrumentos que permitam avaliar a qualidade do conteúdo dos atendimentos.

Até aqui só se caracterizou o espaço no qual o trabalho em saúde está configurado, e já se pode ressaltar a necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde, já que como refere Merhy (2002) "a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que conforme os modelos de atuação adotados, nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a promoção", nem apresentam um compromisso com o usuário, portanto, é necessário pensar alternativas aos modelos ineficientes e ineficazes, que muitas vezes operam nos serviços.

A configuração institucional identificada como tecnologias duras captura o trabalho vivo da EMI, interferindo na sua disponibilidade para prestar o atendimento, o que deve ser considerado como um analisador, como um mecanismo ruidoso da produção em saúde que permita a possibilidade de propor e explorar alternativas de mudança no modo de produzir saúde.

Considerando que produção dos serviços de saúde é um processo quase

estruturado, portanto, uma mudança é possível o que torna necessário que o pessoal de saúde participe na análise de seu modo de operar no serviço. Mas é preciso que o pessoal de saúde reconheça e exerça seu autogoverno no benefício dos usuários.

4.2. Produção do cuidado de enfermagem

Este tópico é a parte nuclear dos resultados, já que se configuraram os diferentes momentos do processo de trabalho da EMI, ou seja, o objeto/sujeito de trabalho, seus agentes, os saberes e instrumentos utilizados no cuidado, como é pensada a finalidade do trabalho, enfocando centralmente a análise do espaço intercessor trabalhador-usuário que permita identificar se o cuidado é realizado para produzir um núcleo de cuidado procedimento/centrado ou usuário/centrado.

4.2.1. O sujeito/objeto de trabalho - os clientes: as mães e seus filhos

Para analisar como o objeto de trabalho - os clientes - são tomados e concebidos pelos trabalhadores de saúde, observou-se como a clientela é atendida na recepção pela AEMI e durante a consulta da EMI. Sendo a mãe aquela que proporciona os cuidados à criança, ela foi considerada como sujeito/objeto de atenção, fato este também reconhecido pelo pessoal de saúde.

Uma das EMI ao referir-se sobre o tempo marcado para os atendimentos, clarificou o que ela identifica como relação enfermeira/paciente: *Eso es lo que faltaría para poder llevar una buena relación enfermera/paciente, o sea, la mamá del niño y nosotras (Ent. EMI 1)*. Outra das EMI referiu-se à mãe como segue: *Los niños son totalmente dependientes de la mamá (Ent. EMI 3)*, assim mesmo, o pessoal da saúde ao descrever as atividades que elas realizam no cotidiano referiram as ações

educativas dirigidas à mãe:

"En cuanto al niño, pues la labor educativa está enfocada a la mamá" (Ent. EMI 2).

"La orientación a la mamá debe de ser de acuerdo a la edad del niño, nos enfocamos más que nada en lo que es la alimentación, la prevención de las enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias y la prevención de accidentes" (Ent. EMI 4).

Mas, o fato das enfermeiras terem reconhecido a mãe como sujeito/objeto de trabalho, as conduz a pensar de modo geral, que quem comparece com a criança para solicitar a consulta é de fato a mãe e quando alguém (sem ser a mãe), chega à recepção com a criança para solicitar o atendimento, não existe uma comunicação entre quem solicita a consulta e o pessoal de saúde. As EMI não verificam a relação de parentesco da pessoa que comparece com a criança; elas dão por certo que é a mãe. Algumas vezes quando comparece o pai elas concluem que é porque a mãe encontra-se trabalhando.

Atendimento 47

FECHA: 25 de Febrero de 2004

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 6 meses SEXO: Masculino

Consulta Primera Vez

E- ¿Es tu primer bebé?

S- No es de mi hermana

"Vienen los papás, yo me supongo que porque la mamá trabaja" (Ent. EMI3).

Mas, como ela mesma afirmou só supõe, não verifica, não pergunta. Da mesma forma, não se detem a verificar dados como a idade da mãe, número de filhos. Quando a pesquisadora perguntou, ela respondeu que conhecia os dados dizendo que *"os dados encontram-se no prontuário"*, mas isto nem sempre é assim (*Nota de campo, 19 de maio de 2004*).

Dados estes que poderiam estar interferindo em uma melhor relação EMI-mãe cuja natureza da interação irá depender de como acontece o encontro. Encontro

influenciado por vários fatores entre estes os aspectos psicossociais do usuário, bem como pelos próprios profissionais, como a sua personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades comunicacionais). Neste momento, identifica-se que as EMI não reconhecem a mãe como sujeito capaz de assumir a responsabilidade como o cuidado de sua própria saúde e também não desenvolvem a autonomia e participação da mãe nas práticas de prevenção e promoção da saúde.

Portanto, só foi possível identificar dados sociodemográficos das mães por ocasião das entrevistas realizadas na sala de espera da UMF, mães de número (1-20) e das entrevistas feitas no domicílio mães de número (21-25). A população das mães correspondeu a 25 mulheres com idade média de 29 anos, com escolaridade preparatória⁶ (11 anos de estudo), dedicadas ao lar e casadas em sua maioria; seus filhos tinham uma média de idade de 14 meses, na maioria dos casos o tipo de atendimento foi retorno.

A média de tempo que aguardaram para serem atendidas foi de 19 minutos e duas das mães tiveram que aguardar até 90 minutos para serem atendidas. Estes dados serão retomados mais adiante quando se tratar a questão do tempo de atendimento. Os dados de identificação das mães entrevistadas e seus filhos, apresentam-se no Quadro 2.

⁶ A escolaridade no México conforma-se do modo seguinte:

a) Pré-escolar: 1 ano

b) Primária: 6 anos

c) Secundária: 3 anos

d) Preparatória: Realiza-se na universidade, 2 anos na região norte do México e 3 anos na região centro e sul do país.

Quadro 2. Identificação das mães entrevistadas e seus filhos
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

No. ent	Idade da mãe (anos)	Escolaridade materna (anos de estudo)	Ocupação materna	Estado civil	Tempo que esperou o atendimento	Idade do filho em meses	Sexo	Tipo de atendimento
1	18	Secundária completa (9)	Do lar	Separada	5 minutos	14	M	Retorno
2	21	Secundária incompleta (8)	Do lar	Casada	15 minutos	13	F	Retorno
3	23	Secundária completa (9)	Do lar	União livre	5 minutos	7	M	Primeira vez
4	24	Preparatória (11)	Do lar	Casada	Imediato	9	F	Retorno
5	25	Secundária Completa (9)	Do lar	Casada	10 minutos	33	M	Retorno
6	28	Secundária Completa (9)	Do lar	Casada	15 minutos	34	F	Retorno
7	28	Secundária completa 3 anos de secretária (12)	Do lar	Casada	5 minutos	30	F	Retorno
8	28	Secundária completa (9)	Do lar	Casada	3 minutos	7	M	Retorno
9	28	Secundária completa 3 anos de secretária, 1 ano de inglês (13)	Negócio familiar	Casada	Imediato	31	M	Primeira vez
10	28	Secundária completa (9)	Do lar	Casada	10 minutos	7	M	Retorno
11	28	Secundária completa 1 ano de costureira (10)	Do lar	Casada	20 minutos	23	M	Primeira vez
12	29	Secundária completa (9)	Vendas	Casada	15 minutos	7	M	Retorno
13	29	Secundária completa (9)	Do lar	Casada	90 minutos	10	F	Retorno
14	32	Secundária completa 3 anos de secretária (12)	Do lar	Casada	50 minutos	5	M	Retorno
15	35	Graduação medicina Incompleta (14)	Do lar	Casada	10 minutos	10	M	Retorno
16	36	Primária completa (6)	Do lar	União livre	35 minutos	6	F	Primeira vez
17	37	Graduação Mestrado em administração (17)	Assistente serviços ao pessoal	Casada	30 minutos	31	F	Retorno
18	37	Secundária completa 1 ano de secretária 1 ano técnica administrativa (11)	Vendas	Casada	Imediato	30	F	Retorno

Resultados/Discussão - O processo de trabalho da EMI

19	38	Preparatória completa 3 anos de secretária (14 anos)	Do lar	Casada	90 minutos	8	F	Retorno
20	38	Graduação em Psicologia (17)	Recursos humanos	Casada	5 minutos	5	F	Retorno

Fonte: Entrevistas das mães realizadas na UMF

Cont. Quadro 2. Identificação das mães entrevistadas e seus filhos entrevistados realizadas no domicílio

No. Ent	Idade da mãe (anos)	Escolaridade materna (anos de estudo)	Ocupação materna	Estado civil	Tempo que esperou o atendimento	Idade do filho em meses	Sexo	Tipo de atendimento
21	18	Secundária completa (9)	Do lar	União livre	Chegou tarde mas lá não se deram conta, já que a assistente sempre está conversando com as enfermeiras	9	M	Retorno
22	25	Secundária completa 18 meses computação (10)	Do lar	Casada	25 minutos	9	M	Retorno
23	31	Graduação Enfermagem (15)	Do lar	Casada	15 minutos	12	M	Retorno
24	34	Secundaria Completa (9)	Operária	União Livre	15 minutos	10	F	Retorno
25	37	Enfermeira Geral 1 ano cabeleireira (13)	Do lar	União livre	10 minutos	9	M	Retorno

Fonte: Entrevistas das mães realizadas no domicílio

A escolaridade materna, identificou-se com uma média de 11 anos de estudos, que é equivalente a ter cursado até preparatória (estudos universitários de 2 anos), necessários para o ingresso na graduação em qualquer profissão. É importante destacar que três das mães tinham estudos de graduação concluídos, em profissões como psicologia, administração e até graduação em enfermagem.

Da mesma forma o ambiente educacional mais especificamente a educação da mãe é um fator chave na definição dos padrões alimentares (voluma, tipo de dieta, higiene dos alimentos, entre outros). Uma baixa renda está associada ao

desconhecimento sobre como integrar a dieta, como manejar os alimentos, a importância do binômio mãe-filho para o cuidado nos primeiros anos de vida faz-se que o desconhecimento sobre a adequada alimentação aumenta fortemente o risco de enfermidades (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001).

Outro estudo documenta que a prevalência no retardo do crescimento esta relacionada fortemente com o nível educativo das famílias, as taxas variam desde 19,3% quando a cabeça de família não tem nenhuma educação formal, até 3,4% quando a educação supera os 11 anos. Esta correlação apresenta-se em todos os níveis de educação, o que sugere que qualquer aumento da educação formal terá impacto na saúde. A correlação como é de esperar mais forte ao considerar o nível educativo da mãe (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001).

O pessoal de saúde (EMI e AEMI), identifica que as mães já têm mais preparo, que têm um nível educativo que lhes permite proporcionar os cuidados a seu filho e que às vezes, as recomendações que elas proporcionam, as mães já as realizam em casa.

"La mayoría de las mamás que vienen aquí, por lo general tienen un nivel educativo, escolar, no muy bajo y por lo tanto pues a veces muchas de las recomendaciones que nosotros les hacemos, a lo mejor ya las están llevando a cabo, verdad, mayoría, no todas. La mayoría de las personas que vienen tienen escolaridad de secundaria a nivel medio superior, unas con prepa, otras con carrera técnica después de la secundaria, mayoría y ya son mínimos los que no tienen la secundaria, es mínima la población, si la hay, pero podríamos decir que en mayor predominancia, es la que si tiene la secundaria hacia arriba" (Ent. EMI 2).

Também as EMI identificaram grupos que requerem um atendimento mais diferenciado, como a mãe adolescente e a mãe trabalhadora.

"La madre adolescente que a veces es madre soltera, que deja a cargo a otras personas el cuidado de sus niños, ahí veo mucho, este descuido por parte de ellas, en el sentido de la alimentación, en el sentido de la higiene, en el sentido de la vigilancia en el control a la salud, eso es lo que más veo yo aquí. Cuando vienen las personas encargadas, yo solicité que mínimo de perdido una vez venga la mamá, para que se entere de lo que es el cuidado, y porque debe de

hacerlo, porque se van a trabajar y dejan la responsabilidad en otras personas, cuando llegan son mamás cansadas, que ya no quieren atender al niño, entonces hay que ubicarlas. Aquí las señoras tienen otro estrato social, mucha madre trabajadora, más preparadas, es más común aquí que veas que los niñitos son de guardería (Ent. EMI 3).

Da mesma forma diversos levantamentos revelaram que entre 44% e 76% dos casos de gravidez entre jovens solteiras não são desejados e constituem, a primeira causa de atenção nos serviços de saúde. Além do mais o risco de mortalidade é maior para as adolescentes latino-americanas que para as norte-americanas (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001).

Quanto às condições de saúde e de vida, os trabalhadores relacionam a saúde às condições gerais de vida:

"No es únicamente personas, que ya traen la ventaja de un nivel escolar mejor o un nivel socioeconómico, porque también esto influye, verdad, el hecho que la persona tenga el recurso económico, pues quieras que no, el acceso a una buena alimentación, a los servicios que contiene su casa, pues si influye y por lo tanto los puede llevar a cabo (Ent. EMI 2).

De fato, há bairros de abrangência da UMF, que se caracterizam por população diversificada quanto às condições sociais, umas mais pobres e outras que têm casa própria e melhores condições de vida.

A situação econômica desfavorável foi citada tanto pelo pessoal quanto pelas mães como um aspecto para procurar o serviço. Mas estas últimas relacionaram a questão econômica principalmente com a cota de leite, aspecto que emergiu como um orientador/desorientador da atenção que aparece ao longo de todos os dados, que será discutido mais adiante como o tema do controle da criança sadia.

Santos (1995 apud RAMOS; LIMA, 2003, p. 30) refere a condição socioeconômica como um fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos.

"Ahorita al control están viniendo, como tú lo has visto, niños mayores de 2 años, que ya no se les da nada y todo, porque por fuera cobran mucho el control del niño" (Ent. EMI 1).

"Ése es el interés de la gente, de la mayoría de la gente, la leche, porque la situación económica también, un bote de leche cuanto cuesta ya, compras un bote de leche de 60 a 80 pesos, cuanto te dura para 3 días" (Ent. AEMI1).

" Ya no tengo leche, de hecho le estaba comprando, porque se le acabó, pero cuesta 55 pesos y a veces uno no tiene" (Ent. Mãe 8).

"Yo estoy consciente de todo eso, pero uno no tiene otra opción, si tuviera dinero, ¡Claro!, que no vendría" (Ent. Mãe 15).

"Como quiera ya es una ayuda la que le dan a uno aquí verdad, ya con la leche, porque a veces uno no tiene lo suficiente como para estarlas compre y compre, si pasa de que a veces uno no tiene y como le haces, a mi me ha pasado de que a veces yo no tengo, ni para comprarle a la niña, si me ha pasado. Ya como quiera a uno, nos saca de apuros, teniendo el seguro, pues si uno no tiene el medio de ir a otra parte, pues ya de perdido se viene aquí al seguro y ya verdad, es que con 4, está difícil, y luego 3, en la escuela y ya son más gastos y todo" (Ent. Mãe 16).

"A veces uno dice - ¡Ay, Dios Mío!, ir al Seguro, pero a veces uno no tiene dinero, como yo" (Ent. Mãe 19).

"Hay muchas que dicen lo voy a llevar con tal pediatra que es muy bueno, pues si será muy bueno, pero es que hay veces que uno no tiene dinero para andarlos llevando, porque también están caros, así me dicen mis amigas - Mira ve con éste es muy bueno - si es muy bueno pero el dinero que te cobra, la medicina que te receta, es muy cara y a veces no se puede" (Ent. Mãe 22).

Uma das enfermeiras fez referência à cultura e ao lugar de procedência da população que elas atendem, como fator de influência na saúde da criança.

"Pues más que nada aquí, el nivel está, yo lo veo que está muy bajo, si viene gente, más o menos de nivel medio, pero a mí en lo personal, yo veo que es gente...a lo mejor es la cultura, a lo mejor son personas que vienen de otras partes, es lo que me he fijado" (Ent. EMI 4).

Assim mesmo foram identificados outros fatores que interferem na saúde da criança, como o fato da mãe ser solteira ou morar em união livre, dado que ao ser perguntado às mães que foram entrevistadas na UMF, identificou-se como estar "casada" e nas entrevistas realizadas no domicílio, a maioria referiu que morava em "união livre", com seu parceiro. Uma mãe falou assim: *"Já que estamos em confiança,*

vou te falar, meu marido não está, porque moramos em união livre, ele ainda está decidindo sua situação com sua outra família, então olha onde me tem a mim e ao meu filho, espero que isto seja só provisório” (Nota de campo, 29 de junho de 2004).

A questão da situação de moradia, particularmente o fato de estarem casadas ou serem mães solteiras, também foi identificada pelo pessoal de saúde, como um fator de influência na saúde da criança.

"A nivel de que si son casadas o no son casadas, yo veo que son muchas madres solteras, unión libre o madres solteras, es lo que más me he fijado, la mayoría de embarazadas son solas o son hijos de personas que ya están con otro matrimonio, personas casadas, y si influye bastante, porque si hay más madres solteras que viven en unión libre a lo mejor eso, también influye mucho en lo que es el desarrollo del niño, porque hay niños que si tienen muchos problemas, no me ha tocado muy frecuentemente, pero hay uno que otro que si tienen problemas" (Ent. EMI 4).

Tem sido documentado que o risco nutricional é maior entre as meninas e meninos de famílias que não tem a presença de ambos pais e que na maioria dos casos são lares onde a responsabilidade é da mulher, aspecto que faz mais crítico o problema, já que incide na capacidade de gerar recursos econômicos e na dedicação da mãe ao filho (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001).

Mas o fato de que o pessoal de saúde, tenha identificado a escolaridade das mães como de nível secundário ou maior, e ter identificado alguns grupos específicos não garantiu a forma como elas prestam a atenção, como foi referido por uma das mães entrevistadas no domicílio, que narrou uma experiência negativa com uma das AEMI, quando lhe foi negado o atendimento por ter chegado atrasada. Referiu também que a questão de poder prevalece sobre o nível acadêmico dos usuários.

"El coraje de ella me le quede muy grabada, porque tal vez me distingo de las otras señoras, tal vez mi nivel académico, no es mucho, ni soy la gran cosa tampoco, pero si me distingo de las demás señoras, y se te queda bien grabada, quien se deja y quien no se deja, tú nivel académico te da seguridad y allí todos se creen con poder, te minorizan, creen que toda la gente que va allí, es

analfabeta, creen que toda la gente que va al seguro es analfabeta, no somos analfabetas, así tengan primaria, que nos vean como seres humanos, como lo que somos" (Ent. Mãe 25).

A fala acima tem coincidência com Merhy (2002), ao dizer que em geral o usuário não reclama a falta de conhecimentos tecnológicos no seu atendimento, mas sim a falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si.

Os usuários como regra sentem-se inseguros, desinformados, desrespeitados. Uma das mães indicou a possibilidade de câmaras de vídeo no serviço como meio de controle e outra fez referência ao modo de financiamento do serviço, já que a atenção não é de graça, os trabalhadores contribuem economicamente para o funcionamento da instituição.

"Mira yo ya conozco el servicio del seguro, ya no estamos hablando de tus expectativas, ya no estamos hablando del servicio que te dan, ya nada más con que te sonrían, a veces con eso te basta, porque algunas veces ni eso" (Ent. Mãe 15).

"Yo creo como que aquí en el seguro está ya todo bien contaminado, de que no tienen ese don de servir a la gente, de dar el servicio agregado que uno a veces necesita. Vamos a tener que poner este, câmaras de video, como las de los políticos, porque, no, no, cambian, sigue todo igual" (Ent. Mãe 19).

"Que nos vean como seres humanos, como lo que somos, y si tienen, su trabajo, es por los trabajadores, por los esposos, de sus esposas, verdad y de uno como trabajador que aportas, porque no te lo están dando gratis, somos seres humanos, ahora estás en un área de enfermería un área humanitaria, somos seres humanos y no te fijas, ni en rangos, ni en papeles, ni en títulos, ve al ser humano, como es, va porque te necesita, necesita tu ayuda, y no que salgas de allí y necesites ver al psiquiatra, por lo que te hacen, por lo que te hacen" (Ent. Mãe 25)

Mães e filhos enquanto objeto de trabalho das EMI e AEMI são tomados como coisa e não como sujeitos. E se são coisa não portam necessidades. Quem define necessidades são os trabalhadores. Se são coisas não há necessidade de escuta. Portanto, identificou-se uma atenção não focalizada no atendimento das necessidades das mães, já que o pessoal de saúde seja a AEMI ou a EMI, não

identifica de modo rotineiro dados como idade da mãe, escolaridade, número de filhos e tipo de moradia.

Estas informações permitiriam uma atenção mais focada ao estabelecimento de um núcleo-cuidador, com uma maior identificação entre o pessoal de saúde e as mães, ou seja a construção de um espaço intercessor que permitisse inclusive um clima de confiança para que a mãe revelasse sua situação de moradia com o pai de seu filho e outros dados da relação do casal que impactam no crescimento e desenvolvimento da criança, como tem sido identificado pelo pessoal de saúde e documentado na literatura (BETHELL; PECK; SCHOR, 2001).

4.2.2. Os agentes do trabalho

O trabalhador é portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas e a incorporação da EMI na Vigilância e Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do Menor de 5 anos, obedeceu a várias circunstâncias. Segundo os agentes do trabalho foi para permitir a escuta assim como diminuir a demanda destes usuários para a consulta médica. As enfermeiras também referiram que o tempo que elas utilizam para proporcionar à atenção é maior que na consulta médica e que um dos motivos pelos quais as mães comparecem ao serviço é a cota de leite, no entanto, existam algumas mães que ao esgotar a cota do leite seguem comparecendo ao serviço, pelo interesse de seguir no programa, como se apresenta nas seguintes falas:

¿Por qué se inició aquí la enfermera? Porque supuestamente nosotros tenemos más acercamiento con los pacientes, más que los médicos, verdad, entonces, este, nos iban a dar tiempo para oírlos, porque la mayoría de las enfermedades que traemos, como quien dice, son de origen, este psicológico, y muchas veces por falta de tiempo, no se les oía y este, pues todo le achacaban a la salud y no, la educación, para la educación es para lo que a nosotros nos formaron, nos prepararon, para dar educación para el “autocuidado”, para las embarazadas y para las mamás de los niños también, o sea,

que no impactara tanto en la consulta (Ent. EMI 1).

"Las señoras ven aquí primero que nada que la atención que se le da al niño no es la misma que reciben en la consulta, el tiempo que se emplea para la atención, también es mayor, el área se presta más a aclarar las dudas que tienen ellas y pues ven que se le está dando seguimiento, en el caso del niño, que se le está dando seguimiento a su crecimiento y su desarrollo y a ellas les gusta saber si el niño anda bien, si al niño le falta, si al niño le sobra peso, estatura y que tan acorde va con su edad, ése es el interés o sea que las mueve en los primeros meses. A parte de eso pues definitivamente tenemos que ser francas, que es la leche, pero independientemente de que ya no le toca la dotación, hay mamás que siguen trayendo a sus niños al control y eso quiere decir que se siguen interesando, que les interesa seguir el programa y los siguen trayendo" (Ent. EMI 2).

Mesmo que o pessoal de saúde tenha identificado qual foi o propósito da inclusão da EMI no programa de Controle da Criança Sadia, isto fica muito afastado da realidade, já que ao identificar que a duração do tempo dos atendimentos foi de uma mediana de 10 minutos, questiona-se se neste tempo é possível o estabelecimento de uma relação que permita a educação da mãe, assim como o esclarecimento das dúvidas que ela traz e mais ainda ouvir à mãe. Esta questão será retomada mais adiante quando será analisado a questão do tempo de atendimento.

Em relação aos saberes estruturados que o trabalhador deve possuir para executar a função, pelo menos deve contar com estudos de Enfermagem Geral, ou seja, ter completado a educação secundária e posteriormente 3 anos de enfermagem e ter cursado um curso pós-básico de Enfermagem em Saúde Pública (curso de 10 meses posterior a enfermagem geral ou graduação em enfermagem). As enfermeiras referiram que não existe um curso específico de capacitação para as EMI e que muitos dos conhecimentos são adquiridos, no dia-a-dia. As enfermeiras que iniciaram no programa foram preparadas com um curso especial de um mês e depois este foi considerado como especialidade.

Nesta área trabalham 4 enfermeiras com a categoria de enfermeiras

especialistas e 2 assistentes de EMI. O pessoal de saúde⁷ que participou do estudo está apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Pessoal de saúde que participou do estudo
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Pessoal de saúde	Tempo de trabalho no IMSS	Tempo no serviço de EMI	Nível acadêmico	Categoria
EMI	22 anos	19 anos	Enfermeira geral Curso especial de capacitação não especificado	Enfermeira especialista
EMI	22 anos	15 anos	Graduação em enfermagem Curso pós-básico de saúde pública Curso pós-básico de administração e docência	Enfermeira especialista
EMI	22 anos	5 anos	Enfermeira geral Curso pós-básico de saúde pública	Enfermeira especialista
EMI	22 anos	5 meses	Enfermeira geral Curso pós-básico de pediatria Curso pós-básico de saúde pública	Enfermeira especialista
AEMI	4 anos	6 meses	Contadora pública	Assistente médica
AEMI	25 anos	4 meses	Ensino Fundamental 3 anos de secretaria	Assistente médica

As enfermeiras identificaram o preparo profissional que se precisa para desenvolver as atividades de EMI.

"Para estar aquí el requisito ahorita es que sean, bueno, como no hay un curso de especialización que el instituto te imparta, para poder ocupar éstas plazas, eh, al principio lo ocupamos enfermeras generales con un diplomado previo, de un mes de Materno Infantil y posteriormente en el 88 fue cuando arrancamos, iniciamos como generales y posteriormente en el 91, nos transformaron la plaza por

⁷ O pessoal de enfermagem que participou do estudo (EMI) e as assistentes médicas da EMI (AEMI), foram identificadas como pessoal de saúde, já que para desenvolver as atividades de assistente não é necessário ter conhecimentos relacionados a enfermagem.

un logro sindical y nos pasaron como enfermeras especialistas, pero posteriormente, como no hay, como te digo no hay un post-básico o un diplomado que este encaminado para preparar al personal, se empezaron a reclutar a las enfermeras en salud pública, fueron las que empezaron y ahora ése es el requisito o sea, la institución a las enfermeras de salud pública les ofrece una plaza de materno infantil o una plaza de sanitarista, ocupamos el mismo nivel" (Ent. EMI 2).

Algumas das enfermeiras têm realizado outros cursos, mas como elas mesmas referem, estes foram realizados para satisfazer outras necessidades que elas têm, bem diferentes das necessidades do paciente, como ter ascensão na carreira profissional como ser chefe.

"Yo ya tengo la categoría , algunas compañeras, sí lo han estudiado, si lo han hecho el curso, pero porque ellas tienen otra visión, por ejemplo, si ellas tienen el curso de Salud Pública y otro curso de Administración, ellas van a Jefes de Piso, o sea, es para otro nivel; yo no puedo hacer ésos cambios, ¿me entiendes?, mi especialidad, no la toman como para que yo estudie, nada más administración y me pasen a otro nivel, pero ellas tuvieron que hacer ése curso y luego el de administración, porque quieren ellas escalar a otro nivel, yo no" (Ent. EMI 1).

"Bueno el hecho de estudiar no iba a ser para mejorar en mi puesto, no, el detalle es que aquí por el escalafón, puedes ir ascendiendo verdad, a otras áreas, a otras categorías, por ejemplo yo al estudiar lo hice con el fin de cambiar de categoría o sea yo pretendo meter mi cambio para jefe de piso, entonces esto lo puedo hacer y en un momento dado irme de aquí, ya tengo 15 años, estoy contenta, lo disfruto y todo, estoy en lo mío, me siento bien, aquí, pero si estudie, pues para algo lo hice y por lo tanto si pretendo cambiar de categoría" (Ent. EMI 2).

"Yo soy enfermera en Salud Pública, el Instituto nos toma a nosotros como Enfermeras de Salud Pública, yo ya estuve en las dos áreas, verdad, entonces conozco como es el movimiento de Medicina Preventiva, no al 100%, pero tengo la idea y aquí en Materno infantil, pues se va haciendo uno, he ido a muchos cursos, he ido a muchos cursos y tenemos nuestros lineamientos, tenemos nuestras normas, para estar leyendo, incluso cuando dan aquí capacitación, recientemente a finales de año, estuvo aquí viniendo, ginecólogo, vino pediatra, entonces nosotros vamos a ésos cursos y nos estamos actualizando tanto para el manejo del niño, como de la mamá. Soy enfermera general y luego el curso de Enfermería en Salud Pública, porque el Instituto no tiene, no hay un curso de Materno Infantil, no lo había escuchado en ninguna Escuela de Enfermería, llevamos nociones de lo que es Materno Infantil, dentro de lo que es la carrera, verdad, pero no hay algo especial" (Ent. EMI 3).

Quanto às assistentes médicas da EMI, no entanto, a Normativa em Saúde Infantil refere como uma de suas atividades a promoção das vantagens do Controle da Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento (IMSS, 1998b). Para este pessoal não se requer nenhuma preparação acadêmica prévia relacionada à saúde.

"Nomás estudio básico y aquí te dan un curso, te capacitan...te capacitan, te dan un curso, antes de empezar aquí, nos identifican, como enfermeras, porque nosotros los pesamos, los canalizamos al laboratorio, a todas partes, me entiendes, en EMI no, en EMI, no haces ésa función, en EMI nada más, eres una asistente, una recepcionista, como quien dice, nada más administrativa" (Ent. AEMI 1).

Em relação ao modo como se realizam os processos de capacitação e atualização do pessoal de saúde, não existe uma oferta educativa específica para se atender às necessidades de capacitação deste pessoal. Elas vão adquirindo os conhecimentos de forma prática, no dia-a-dia, o que se integra em um saber que permite a conformação de atividades num modelo de atenção empírico-prático, quer dizer, suas ações estão baseadas fundamentalmente no método de aprendizagem enfocado principalmente o corpo com seus processos anátomo-fisiológicos e não orientado à integralidade da pessoa (ALMEIDA, 1991; CARDENAS et al. 2004).

"Yo soy enfermera en Salud Pública, el Instituto nos toma a nosotros como Enfermeras de Salud Pública, yo ya estuve en las dos áreas, verdad, entonces conozco como es el movimiento de Medicina Preventiva, no al 100%, pero tengo la idea y aquí en Materno infantil, pues se va haciendo uno" (Ent. EMI 3).

A pesar de que o IMSS considere em suas políticas de trabalho a capacitação do pessoal de saúde, esta nem sempre é realizada. Situação também documentada por Kamada (2002), ao identificar que o pessoal de enfermagem quando encontra-se impossibilitado de participar nos cursos por serem oferecidos em horário de trabalho buscam as orientações no dia-a-dia e muitas vezes recorrem às enfermeiras que trabalham há mais tempo na unidade, pois consideram que elas têm mais conhecimento como se apresenta nas seguintes falas de pessoal de saúde e das mães.

"Debemos de tener todos los días, educación continúa, pero este por falta de tiempo y de personal a veces no se logra dar esto, lo que si es que, cuando hay una novedad, una cosa que se implemente, siempre nos reúnen, nada más, lo más importante, así te hablan – Y ahora esto y lo otro y ya, y este y a todas nos dan la misma información, a todas y de vez en cuando, sí vamos a cursos de actualización, en lo que haya programado verdad de Materno-Infantil, tratan las jefas de mandarnos a todas y allí sí sales de aquí y viene alguien a sustituirte, ¿me entiendes?, pero la educación continua que se debe llevar, casi no la tenemos. Entonces al año, más o menos, este unas 3 ó 4 veces vamos, pero a diferentes cursos, el año pasado también me tocó ir a un curso de Violencia Intrafamiliar en Género y a muchos otros cursos, que te pueden ayudar a manejar ciertos casos aquí en la consulta" (Ent. EMI 1).

"La otra enfermera le dice - ven tantito porque te voy a preguntar, no sé que - o sea, la de allá le dice a [...], ven porque te voy a preguntar algo y ella no pues permítame y ya va y luego ahí viene, y yo pienso si la otra ésta en eso pues debe de saber, o quien sabe a lo mejor también tienen dudas verdad, una que otra, pero de de [...] no tengo nada que decir, porque nunca he visto que le ande preguntando algo a la de enseguida" (Ent. Mãe, 22).

A fala acima mostra uma contradição com a Missão do IMSS que é "Outorgar uma atenção integral oportuna com qualidade e acolhimento com alto grau de satisfação usuário e do prestador do serviço". Assim, identificou-se que a necessidade de capacitação do pessoal não é satisfeita, ainda mais ao acreditar que a capacitação impactará em uma melhoria no modelo de produção em saúde.

A questão da capacitação da equipe de saúde tem sido objeto de estudo de algumas teses de mestrado e doutorado, colocando interrogações como: qual o modo de realizar os projetos de atualizações e capacitações do maior número de trabalhadores? Quais as categorias de profissionais que devem sair para as capacitações e com qual cronograma? Quais são os fatores que motivam o pessoal de enfermagem a participar na educação contínua? Como detectar as necessidades de capacitação do pessoal de saúde? (FLORES, 1999; RIMOLI, 2003).

Não se pretende esgotar esta temática, mas sim destacar a necessidade de proporcionar educação permanente na qual as práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, relações de poder, organização do trabalho), considerando

assim mesmo os pressupostos da educação de adultos, ou seja, trabalhar com elementos que façam sentido para os sujeitos (aprendizagem significativa) tendo como objetivo principal a transformação das práticas (BRASIL, 2004).

Deve-se considerar a capacitação em instituições educativas universitárias, incluindo temas como a natureza do trabalho em saúde e a temática do acolhimento, presentes até na missão do IMSS, para tentar construir uma nova maneira de se produzir saúde, conforme os dizeres de Merhy (1997).

Outro aspecto detectado durante a observação dos atendimentos e mediante as entrevistas realizadas com as mães foi a identificação das EMI pelas mães, algumas as identificam como doutora e outras como enfermeiras. Algumas mães consideram que é adequado o fato de elas serem enfermeiras, já que estão se especializando em crianças e outras mães referiram que é melhor ter doutores.

Atendimento 4 (19 de fevereiro de 2004)

E- Vamos a pesarlo, pesa 9.600, le voy a quitar 200 gr. por toda la ropa que trae, vamos a ver, si me traen el expediente (comenta esto ya que no habían traído el expediente), me lo va a acostar aquí (le indica a la señora la camilla de exploración).

E- 77 cm de estatura

E- Trae la cartilla de vacunación

S- Si

E- Ya había venido aquí

S- Si

E- 3 dientes arriba y tres abajo, (comenta al examen visual de la boca), vamos a checar el perímetro, comenta mientras toma con una cinta el perímetro cefálico. Le habíamos encargado ejercicios de prepucio

S- ¿Cómo?

E- Si, del pellejito.

S- ¡Ah!, Si

E- ¿Y cómo va?

S- Bien, ya le está bajando

E- Le retira el pañal, posterior a esto, observa al niño y comenta – oiga el niño está rozado ¿porqué se le rozó?

S- Es que ayer no tenía con quien dejarlo

E- Realiza el procedimiento de retracción del prepucio y posteriormente comenta dirigiéndose a la señora – Mire, todavía le falta, sígale haciendo ejercicios, le voy a dar una pomada y cámbiele seguido el pañal.

S- Si se lo cambio, pero ayer como no tenía con quien dejarlo.

La EMI, se encuentra comparando el peso y la estatura en tablas y posteriormente comenta – Tiene peso bajo y estatura media.

S- DOCTORA, es que el niño tiene tratamiento de antibióticos, no se si me pueda dar vitaminas.

E- Más que vitaminas, necesita que usted lo estimule.

S- DOCTORA y las vacunas, ahorita le pongo ésta la de un año.

E-Si no trae temperatura sí, bueno no canicas, juguetes de plástico lavables

S- ¿Y la otra cita?

E-Ahora va a ser cada 6 meses.

Outro aspecto que não foi considerado é o peso da criança, já que de acordo com o comentário da EMI, o menino tinha o mesmo peso há três meses e só se limitou a dizer à mãe que deveria lhe dar mais comida. Ainda que outros fatores como a renda insuficiente e a educação da mãe são fatores de risco.

Neste atendimento os diálogos só são dirigidos da EMI à mãe, o pessoal parece ficar atrapalhado em fazer tudo o que tem que fazer em 10 minutos. A consulta parece muito rápida, não se brinda oportunidade à mãe de expressar suas dúvidas, neste caso a enfermeira não aproveitou a oportunidade de se inter-relacionar com a mãe, de perguntar quais foram os problemas que ela tinha experimentado no cuidado ao filho. Provavelmente a mãe trabalhava fora do lar, mas bem parece que a EMI orientou-se em repreender a mãe pelo fato da criança estar com a dermatite de fralda na região da virilha.

O anterior concorda com o estudo realizado por Capara (2001, apud CAPARA; RODRIGUES, 2004) ao referir que em relação aos aspectos psicosociais, na maioria das consultas (91.4%) os médicos não exploram os medos e ansiedades dos pacientes, considerando-se que abordar este aspecto envolve também compreender as diferentes visões de doença e saúde. Da mesma forma Starfield (2002) refere que as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de larga duração o que se relaciona diretamente à questão da longitudinalidade.

Outras mães consideraram que o fato de ser o pessoal de enfermagem quem

proporciona a atenção não é problema, desde que elas possuam os saberes estruturados e atualizados que lhes permitam proporcionar esta atenção. E mais ainda uma mãe referiu que a EMI, não gosta que a chamem como doutora.

"Una enfermera, pero que está especializada en todo lo que viene siendo, el área de los niños, porque para eso se les da una capacitación, un seguimiento que deben ellas de tener, yo lo veo bien, pero sí me gustaría más que todavía tuvieran un poquito más, todavía más, a pesar de todo lo que ellas saben, porque saben muchísimo, de lo que uno les dice, más todavía, yo pienso que nunca se acaba de aprender, me imagino que todo, vaya como van saliendo avances en la medicina, que les dan conferencias a los doctores, que van a conferencias a otras partes, que ésa información que ellos traen, también a ellas se las transmitan, porque como están en contacto con los niños, deben de estar al día, al día, al día (Ent. Mãe 10).

"Mmm..., mientras sepan este o tengan los conocimientos en cuanto el chequeo del niño, o sea, no es ningún problema verdad, o sea, mientras sepan, como las tienen que pesar, la información que nos tienen que dar, que sea concisa, mientras me estén dando la información necesaria del control que tienen para el niño, pues no les veo, ningún inconveniente, pero si es enfermera, pues no, no hay problema, o sea, está bien (Ent. Mãe 20).

"Como enfermera, pues lo que pasa es que ellas siempre nos han dicho, porque uno a veces les dice doctora y ellas mismas nos dicen molestas, de que no son doctoras, que son enfermeras. Me dijo otra que me había atendido la vez pasada que vine, o sea, molestas dicen que no son doctoras, que son enfermeras" (Ent. Mãe 13)

Algumas mães consideram que é melhor um médico pediatra para proporcionar a atenção.

"Yo siempre pregunto, yo creo que a la señorita que me mandó con mi primera niña del consultorio, le pregunté que si eran pediatras y me dijeron que no, me dijeron que eran enfermeras especializadas en control del niño sano, pero prefiero llevarla con un pediatra" (Ent. Mãe 19).

"Ahí que los vea la enfermera, pero lo ideal es que los vea un médico pediatra, eso es lo ideal. Yo estoy consciente de todo eso, pero uno no tiene otra opción, si tuviera dinero, ¡Claro!, que no vendría, es más pienso que hasta yo sé más que ellas, yo estudié hasta tercer año de medicina, pero bueno que le vamos a hacer" (Ent. Mãe 15).

"Ay, mira entre todo eso, tienen que tener algo de experiencia, y si le toca suerte a mi hijo se lo van a detectar y si no hasta que le toque, que las tres enfermeras que están allí sea pediatras es lo ideal porque el doctor, es general, es un doctor general, y como general, si es el control del niño sano, pues que le pase la jerarquía a un

pediatra, sería lo más obvio, porque la enfermera que tanto te puede ayudar, sus experiencias, lo que ella ha visto, lo que ella ha leído, o lo que lee, en el cuadernito que le den, verdad y el doctor no, lo que pasa es que para que seas un pediatra necesitas pasar por muchos requisitos, ahora ponle, que las compañeras, las dejen o que nos dejen a ti y a mi, como que sea una fuente de trabajo para que nos desarrollemos, pero que pongan al frente un pediatra, para que oiga doctor yo veo medio raro a éste niño, me lo podría checar, a eso me refiero, no que las quiten, yo lo que me refiero, que sea un pediatra o alguien más especializado, me explico, si porque oiga doctor, ya veo esto o veo esto, claro que el doctor tiene que tener más control del problema o algo" (Ent. Mãe 25).

Existe uma ambigüidade na consideração da enfermeira como doutora, para algumas mães as enfermeiras são capazes de proporcionar esta atenção, para outras seria melhor um médico, mas as próprias enfermeiras não se consideram médicas e não percebem que sua atuação na consulta é como se fosse um médico que está centrado, só em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Assim, não desenvolvem os aspectos do acolhimento, da escuta, da construção de um núcleo de cuidado centrado no binômio mãe/filho, que foi uma das razões da introdução das enfermeiras no Programa de Controle da Criança Sadia.

Os dados até aqui analisados vão delineando o modelo de atenção à saúde que é oferecido aos usuários, ou seja, uma consulta com perguntas e respostas monossilábicas, centrada na verificação de parâmetros de peso e estatura e no fornecimento da cota do leite. Não se observa a realização de uma história de cada cliente; a sua própria identificação não é levantada, como: se é casada, sua idade, número de filhos, condições da moradia. Isto não ocorre quando a criança é atendida pela primeira vez ou quando se trata de um retorno. Este padrão do atendimento da EMI é similar ao padrão da consulta médica que já foi observado e analisado por Almeida (1991), num serviço de saúde brasileiro.

4.2.3. Tempo de atendimento

O número de atendimentos estipulados para cada EMI, como já foi mencionado é 8 consultas de Controle Pré-natal programadas a cada 15 minutos e 12 consultas de Controle da Criança Sadia programadas a cada 10 minutos (*nota de campo: 28 de junho de 2004*). Ou seja são, 20 consultas programadas em um tempo de 4 horas, apesar do turno de trabalho ser de 8 horas.

Mediante a observação das consultas de enfermagem de controle da criança sadia realizados pela EMI, se identificou que a média de idade das crianças que compareceram à consulta da EMI foi de 11.93 meses com um valor mínimo de 3 meses e um valor máximo de 62 meses.

Com respeito ao tempo de duração do atendimento em minutos, identificou-se uma variação, sendo que a EMI dispense uma média de 11 min e 34 s, com um mínimo de 4 min correspondentes a um retorno de uma criança de 6 meses de idade e um máximo de 32 min que correspondeu a um retorno de uma criança do sexo masculino de 18 meses de idade. Ao verificar o tempo de atendimento por tipo de consulta observou-se uma média de 12.24 minutos nos atendimentos de primeira vez e 10.93 minutos nos atendimentos dos retornos. Considerando que dois minutos a mais nas consultas novas não diferenciam aquelas de retorno, revelando que não há atendimento diferenciado pelas EMI na consulta nova que permita o estabelecimento de vínculo.

Os dados dos atendimentos observados são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4. Atendimentos observados
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, 2004

Dados	Frequência	Porcentagem
Sexo da Criança		
Masculino	43	49,4
Feminino	44	50,6
Idade da Criança em Meses		
3 - 12	64	73,6
13 - 24	15	17,2
25 - 36	5	5,7
37 - 48	1	1,1
49 - 60	2	2,3
Tipo de Consulta		
Primeira vez	25	28,7
Retorno	61	70,1
Desconhecido	1	1,1
Tempo de Duração do Atendimento em Minutos		
Menor a 5 minutos	3	3,4
6 a 10	46	52,9
11 a 15	25	28,7
16 a 20	12	13,8
21 a 25	0	0
25 a 30	0	0
31 a 35	1	1,1

Fonte: Atendimentos observados

Portanto, o tempo de 10 minutos para se proporcionar um atendimento mãe/filho centrado, resultou insuficiente o que ocasiona que o pessoal esteja atrapalhado nesta normativa.

"Cada 10 minutos, los tenemos citados, el tiempo es lo que no tenemos" (Ent. EMI 1).

"Esta mejor 15 minutos, porque en 10 minutos, si te sientes más presionada, porque como te digo, podrá haber un niño que en 10 minutos pueda dársele su exploración y reforzar el guión educativo, pero habrá niños que a lo mejor vas a ocupar 20 en lugar de 10" (Ent. EMI 2).

"Las consultas están programadas cada 10 minutos, esto lo siento muy carrereado" (Ent. EMI 3).

"Los niños están programados cada 10 minutos, yo pienso que está muy correteado" (Ent. EMI 4).

As enfermeiras alegam que precisam de um tempo maior do que 15 minutos ou até 20 minutos para atender os clientes e, inclusive, assinalaram o tempo como

um componente de uma boa atenção e responsável por não permitir o estabelecimento do espaço intercessor. A respeito é importante ressaltar que nos serviços privados de saúde a consulta da criança sadia está programada a cada 30 minutos, assim, como mencionar que tem sido documentado que um maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento: como uma melhor anamnese ($p<0,01$), uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação sobre a compreensão do paciente ($p<0,01$) e a participação do paciente na consulta ($p<0,01$) (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Não é objetivo deste trabalho realizar analisar a qualidade da atenção em função do número de atendimentos e do tempo disponível, mas como o tempo para a consulta foi um dado que emergiu como um elemento importante que dirige o processo, discutem-se algumas questões.

Ao revisar as atividades da EMI assinaladas na Normativa em Saúde Infantil como identificar o estado de nutrição e crescimento do menor de acordo as tabelas de referência, detectar fatores de risco, educar a mãe ou familiar responsável para o estabelecimento de hábitos favoráveis para a saúde do menor, promover de acordo à idade da criança ações de estimulação precoce e desenvolvimento psicomotor, entre outras (IMSS, 1998b). Além do considerado na missão do IMSS de proporcionar uma atenção com qualidade e acolhimento, inevitavelmente se faz necessário questionar o tempo destinado para o atendimento.

A seguir apresenta-se, na íntegra o registro da observação onde se identificou o menor tempo de atendimento de 4 minutos correspondente a um retorno de uma criança de 8 meses de idade.

OBSERVACION 48

FECHA: 25 de Febrero de 2004

Tiempo de duración: 4 minutos

EDAD DEL MENOR: 8 meses SEXO: Masculino

Subsecuente

Acude la pareja a la consulta, supongo que era la familia completa papá, mamá, hermanita como de 6 años y el menor que acudía a la consulta, sale la EMI 4 y llama al menor por su nombre y ya iba a pasar toda la familia, cuando la EMI 3, salió de su consultorio a la sala de espera para pasar a su paciente y les dice: "Nada más la señora, el bebé y la cartilla de vacunación", ante lo cual la EMI4, solo observó pero no dijo nada.

Inicia la consulta, peso, talla, exploración física y exploración dental, hace referencia al peso del niño que es menor que en la consulta pasada y dice mientras revisa el expediente

E- ¡Ah, es que vino en diciembre a lo mejor me lo trajo con mucha ropa - toma de las manos al niño y pregunta, esos zapatos ¿no están muy pesados? ¿le está haciendo ejercicios de prepucio?

S- No él tiene circuncisión

El niño está llorando y entre sollozos dice "pa- pa, pa-pa", la señora ante esto dice

S- papá, ya se quedo afuera, papá chiquito.

E- ¿Qué le está dando de comer?

S- Fruta, manzana, durazno, carne molida, calabaza, zanahoria, espinacas

E- ¿Si, intenta levantarse?

S- Si

E- ¿Gatea?

S- Como que todavía no quiere muy bien, se arrastra

E- Hay que ponerla en posición de gateo

S- Si

E- Le dieron la vitamina A

S- No se

E- No supo

S- No

E- Ah, entonces peso 8.400, ¿es hombre verdad?

S- Si

E- ¡Ah!, es que le puse mujer, dice mientras anota en el expediente, caminar sosteniéndolo de los brazos, me lo va a enseñar a decir adiós, a dar besitos, me lo va a proteger del frío, ahorita es cambio de temporada y empiezan las ENFERMEDADES EXANTÉMICAS, me lo va a proteger, revisión de cartilla OK, ¿su examen de cáncer ya se lo hizo?

S- No, me toca este mes

E- ¿Con qué se cuida?

S- Mi esposo ya se operó

E- Protegerlo de cambios de temperatura, si, ¿ya agarra con el índice y pulgar?

S- No

E- Verifica peso y talla en tablas y dice - está bien de peso y talla, entonces yo le inicié la leche señora, ¿verdad?

S- Si

E- El médico no le había dado leche

S- No

E- Bueno entonces yo le voy a dar la leche, Di mamá, di papá - le

dice al niño y éste balbucea - hace receta de dotación de leche, bueno señora nos vemos en dos meses, el niño ya debe de andar caminando, decir que no, decir adiós, le encargo su examen de cáncer, le dice a la señorita que le dé una cita en dos meses.

NOTA: Por lo que he observado creo que el personal de la salud estamos acostumbrados a dar indicaciones, a preguntar y preguntar, situaciones que en muchas de las ocasiones quedan sin respuesta, hablamos incluso con términos médicos diciendo "enfermedades exantémicas", creemos que en verdad la señora nos está entendiendo. Durante las consultas creo que únicamente los aspectos físicos que se exploran rutinariamente son peso, talla, perímetros cefálico y abdominal, exploración de prepucio en los niños, el arco del pie en niños mayores y un examen de orina con tirilla en los mayores de 2 años, sin embargo aspectos tan importantes en el desarrollo psicomotor del niño como el trazo no es valorado o el lenguaje solo explorado de un modo superficial. Además el personal de EMI, no establece un ambiente de confianza para que la señora pueda hablar y expresar sus preocupaciones. Parece que ésta EMI, trae otros pendientes en la cabeza ya que acaba de preguntar si le hace al niño ejercicios de prepucio y luego dice que anotó en el expediente que el niño es mujer.

Continuando apresenta-se o atendimento ao que correspondeu ao tempo máximo de 32 minutos.

OBSERVACION 10

FECHA: 19 de Febrero de 2004

Tiempo de duración: 32 minutos

EDAD DEL MENOR: 1 año, 6 meses

SEXO: Masculino

Consulta Subsecuente

Esta es la primera consulta donde observó que se permite la entrada de la pareja

- Peso del niño

E- Siéntelo aquí, dice mientras le indica al señor la camilla. ¿Qué edad tiene?, ¿ya va al baño?, ¿la fontanela si se le cerró?, ¿se le formó el arquito del pie?

S- No se

E- Realiza exploración física. No se lo habíamos checado antes, bueno retírele los zapatos y calcetines.

E- Biberones toma

S- Si

E- ¿Cuántos?

S- De 2 a 3 en la noche

Le indica al señor que suba al niño al banquito para valorar los pies, el banquito se encuentra arriba de la camilla y le dice al señor que lo suba, pienso yo ¿no es menor el riesgo si bajara el banquito al suelo?

E- Tiene el pie plano

Señor- Y no será por lo gordito del pie

E- Claro que no, hay que continuar con ejercicios, que camine de puntas. Dientitos ya tiene los 4 de abajo, dice y anota en el expediente mientras realiza exploración visual, sube escaleras

P- Si, con ayuda y de la mano, responde el padre

E- Usted que edad tiene señora

S- 27 años.

E- Está embarazada?

S- Si

E- Tiene servicio sanitario y agua potable

S- Si

E- Compara peso y talla en las tablas

E- Ahorita lo lleva a dental

S- Si

E- Ya va al baño, hay que estimularlo

S- Algunas veces, avisa, pero no siempre

E- Lenguaje, habla

S- Si

E- Hay que hablarle, ya identifica partes de su cuerpo

S- Si es que como tiene un hermano mayor, pero oiga de eso quería preguntarle, es que el mayor lo maltrata, el otro niño tiene 5 años, ya no lo traigo a EMI, me dicen que lo lleve con el psicólogo, ya que el niño maltrata a su hermanito

E- ¿y quien le dijo que lo llevara al psicólogo?

S- Mi hermana, mi suegra, la gente me dice.

E- Bueno a veces no es necesario el psicólogo, lo importante es que integren al niño en la familia, que le hagan ver que el tiene un lugar, usted señor lléveselo con usted al juego, trátenlo igual que al chiquito.

S- Es que el niño es muy rebelde y si es cierto, mi esposo solo se lleva al chiquito porque como el grande no quiere, pues hay lo deja.

E- No señor al contrario, trátelo igual, eso de tener competencia con el hermano, es siempre, en todas las casas se da, pero hay que tratarlos igual y el niño debe de andar con usted y es importante formarles normas en la casa, como les digo a veces no es necesario el psicólogo, pero si ustedes quieren aquí tenemos, allá, al final del pasillo hay una oficina pueden venir para que les de una orientación. Bueno al niño lo voy a ver en 6 meses, pida una cita en 6 meses.

S- Salen del consultorio el señor, la señora y el niño pequeño, la señora le dice al niño – Dile adiós a la Doctora.

NOTA: Considero que esta es la primera consulta en la que la enfermera supo acoger a los papás, dejo de preguntar por aspectos anatomofisiológicos del niño y permitió que la madre expresara sus temores y preocupaciones con respecto al comportamiento del hijo mayor. La enfermera considero al padre y se dirigió a él también al brindar la orientación, adecuada, creo yo intentando primero que la familia integrara al niño y claro además les dio la opción de que si ellos querían fueran a ver el psicólogo.

Apesar de que o padrão de comunicação possa se identificar como monossilábico e centrado em parâmetros anátomo-fisiológicos, no segundo atendimento a mãe foi capaz de colocar sua dúvida em relação ao comportamento do filho maior, provavelmente ela sentiu-se apoiada pela presença do marido e a

EMI também foi capaz de produzir trabalho vivo, de escutar os pais, de orientar, de tranquilizar, de estabelecer um espaço de autogoverno em benefício dos usuários, que se manifestou pelo fato de permitir a entrada dos pais e além disso de sair da normatividade estabelecida do tempo de atendimento.

De forma diferente deste atendimento, no primeiro a EMI sentiu-se pressionada por sua outra companheira que não permitiu o acesso do pai, e ela não fez nada ao respeito, não exerceu seu autogoverno, não se apoderou de seu trabalho.

O tempo de 10 minutos para realizar o atendimento, também foi colocado pelo pessoal e até identificado como fator responsável por não permitir o estabelecimento de um espaço intercessor. Situação documentada por Matumoto (1998), ao estudar o acolhimento em uma unidade da rede básica de serviços de saúde em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil, verificando que a disponibilidade do trabalhador estava relacionada à falta de tempo observada nos atendimentos e referida nas entrevistas, refletindo especialmente sobre como esta poderia interferir sobre o acolhimento.

*"El tiempo, casi siempre va a ser el factor principal para dar una buena atención, tenemos 10 minutos para ver un paciente y 10 minutos para ver al siguiente, o sea cada 10 minutos los tenemos citados, entonces eso sí es determinante, porque saturas a la gente de toda la información en 10 minutos y muchas veces no te retroalimenta, a ver, que tanto te entendió, eso es lo que faltaría, para **poder llevar una buena relación paciente, o sea, la mamá del niño y nosotros**" (Ent. EMI 1).*

"Esta mejor 15 minutos, porque en 10 minutos, si te sientes más presionada, porque como te digo, podrá haber un niño que en 10 minutos pueda dársele su exploración y reforzar el guión educativo, pero habrá niños que a lo mejor vas a ocupar 20 en lugar de 10. Inicialmente el programa lo marcaba que debería de ser cada 20 minutos, debe de ser 20 minutos por paciente, eso es lo ideal " (Ent. EMI 2).

As mães também identificaram os atendimentos como rápidos e comentaram que algumas vezes não adianta esperar muito tempo para serem atendidas em

comparação ao modo rápido e rotineiro de produzir a consulta. O tempo que as mães aguardaram o atendimento, situou-se em uma média de 19 min 12 seg. Algumas, no entanto, referiram que foram atendidas de forma imediata, mas o tempo máximo que duas delas esperaram foi de 90 minutos.

"Tiempo de espera: 3 minutos"

Aquí es rápida la consulta, pues a lo mejor porque son muchos niños, ahorita no me tarde ni 5 minutos, a lo mejor porque está bien el niño, o no sé la verdad, no sé, en que consistirá" (Ent. Mãe 8).

"Tiempo de espera: 90 minutos"

Refiere que ella llegó a las 16:30 y acaba de salir, ya son las 19:00 horas, considera como máximo esperar 20 minutos.

"Siempre me toca esperar mucho, si no es 1 hora, es 40 minutos, pero ahora fue más tiempo, había bastantes, estaba lleno, y yo incluso le pregunté a la otra muchacha, que a qué hora tenía ella la cita, y ella la cita la tenía a las 5:20, entonces ahorita apenas la acaban de pasar, con ella entonces se tardaron más de 1 hora y ya no voy a venir, yo a lo que venía nada más era por la leche, pero como ya no me van a dar la leche y nomás me la checan de lo mismo, pues para que vengo (entre risas), pues es que nada más vengo y hago espera y este me dicen lo mismo" (Ent. Mãe 13).

"Tiempo de espera: 90 minutos"

S: Mi cita era a las 10, yo me tarde una hora para pasar, pero llegué media hora antes de las 10.

I: Entonces usted llegó a las 9 y media, la cita era a las 10 y a usted la consultaron a las 11.

S: Si y luego a veces uno no se tarda, como yo ahorita, ni los quince minutos, siempre alegan que uno tiene que traer al niño para checarlo, ¿que? nada más lo miden, lo pesan, le checan el estómago y le miden la cabeza, "ES TODO", viste que ni me tarde porque venir a esperar aquí, 1 hora y media gratis, yo no se porque no se organizan o que pasa o llegan tarde, porque llegan tarde o porque salen a comer, uno es el que la lleva, entonces yo pienso, que si ellos llegaran a su hora, empezarían como debe de ser, no se les atoraría todo el trabajo, vamos a tener que poner este, cámaras de video, como las de los políticos, porque, no, no, cambian, sigue todo igual, pero yo creo que sólo es cuestión de ellos, tener ganas de servir y ya uno va a ver una diferencia" (Ent. Mãe 19).

A partir de Novembro de 2003, o IMSS está tentando pôr em funcionamento um sistema de informação que permita trabalhar com o prontuário eletrônico. Este sistema permitirá a marcação eletrônica das consultas de controle pré-natal (8:00h às 10:00 h) e de controle da criança sadia (10:00h às 13:00 h), as quais estão programadas a cada 15 minutos, o que significa que cada EMI, atenderá 8 mulheres

grávidas e 12 crianças, um total de 20 usuários a serem atendidos e as consultas terminarão até às 13 horas.

Na área ambulatorial não se tem um indicador do número de atendimentos por enfermeira em um período de tempo de trabalho, existem indicadores de número de pacientes hospitalizados/enfermeira/turno de trabalho, mas como o modelo de organização dos atendimentos da EMI guarda semelhança com a consulta médica, considerou-se os indicadores da consulta médica, discutidos por Almeida (1991), para as reflexões em torno desta situação.

Almeida (1991) refere que a relação entre número de consultas por médico em um período de tempo de trabalho tem sido muito discutida, tanto do ponto de vista técnico como político. A OMS preconiza 15 minutos para consulta ambulatorial. As EMI têm turnos de trabalho de 8 h, mas o tempo dedicado à consulta é de 4 h, sendo que na marcação eletrônica estendeu-se para 5 h.

O número de usuários a serem atendidos permaneceu igual; 20 usuários, o que ocasiona uma produção massificada, mecânica, sem uma atitude reflexiva para alcançar uma contribuição à saúde da criança, percebida como segue pelos trabalhadores de saúde.

"Lo SENTIMOS MUY ESTRESANTE, si, y esto sí repercute en la salud., sobre todo ya a la hora que tú sales, ya tu mente, ya no da para más, por esos cambios. , porque tienes que estar checando todo y no se te debe de pasar nada y cada día te agregan más cosas, entonces, tú tienes que estar checando...a ver qué me falta...a ver que le digo...que me...que le...que no le he dicho, a algunas pacientes yo les pregunto -¿alguna duda?, ¿alguna pregunta?, pero con la premura del tiempo, o sea, nunca -¡ah, bueno, no, ¡ah, perfecto! - y no me pongo, como te digo a ésa retroalimentación, que yo necesito para saber si ella me entendió o no, a veces yo me quedo así en el aire -¿Me entendería?, ¿No me entendería?, ¿Quién sabe?, Yo ya le dije, porque es mi trabajo, darles la información, pero son muchas cosas, si tú las analizas son muchas cosas las que le decimos, si es mucho verdad y en 10 minutos (Ent. EMI 1).

"Las consultas están programadas cada 10 minutos, esto lo siento muy carrereado, si tu te fijas, alrededor de entre 4 y 5, te llegan has de cuenta que se paró un camión allá afuera y bajaron todos juntos

de ése mismo camión, no te llegan cada 10 minutos como están anotados, te llegan todos juntos, entonces, ahí siente uno que hace esperar mucho a la gente, pero no es que yo los haga esperar, es que ellos se vinieron con mucho tiempo de anticipación, llegan todos juntos y ahí se siente muy presionado verdad, de repente, cuando te llegan todos juntos, ahí sí, PERO MIRA SE ACOSTUMBRA UNO TANTO A TRABAJAR DURO (Ent. EMI 3).

Nota de campo: Algumas vezes o trabalho é muito cansativo, hoje 24 de fevereiro, já são 18:37 minutos, todos os pacientes compareceram a sua consulta, então a EMI, atendeu 10 mulheres grávidas e 12 crianças e já na última consulta indicou à mãe voltar até 6 meses, quando a visita tinha que ser programada em 2 meses, é dizer, quando a criança fizera aniversário de 1 ano, mas a EMI, já se sente cansada, sua hora de entrada foi as 13:00 h e já são 18:37 h e ainda não fez um descanso, não bebeu ao menos um copo de água.

Uma mãe referiu-se à consulta de EMI, como um trabalho difícil

"Se me hace también a mí medio difícil el trabajo de ellas, porque si llega un bebé de un año y medio, y luego llegó yo, con un bebé de tres meses, por decir, al bebé de un año y medio, le están diciendo, ahorita tú bebé ya debe, este, lo otro y cuanto, y luego entró yo con un bebé de 3 meses, bueno ahora tú bebé debe de empezar a ver objetos, a voltear la vista, este ya checaste si el bebé escucha, se me hace a mí, medio, que si están en su trabajo, vaya, porque después sale mi bebé y entra uno de 8 meses...bueno el bebé de 8 meses a ver como va en el gateo, como va en esto, como que si están clavadas en la edad del bebé que están atendiendo" (Ent. Mãe 14).

Da mesma forma, Almeida (1991) cita que os médicos da Secretaria Municipal de Saúde em 1989 num município do interior de um Estado brasileiro, realizaram uma greve médica por melhores salários, tendo havido um acordo de diminuição de jornada de trabalho de 4 horas 48 minutos, para 4 horas e uma diminuição do número de consultas, ou seja, de 16 consultas e 4 urgências para 12 consultas e 4 urgências. A razão alegada para a diminuição foi em função da melhoria da qualidade de consulta.

Deduz-se que o tempo do atendimento parece ser um aspecto que até agora só tem respondido às necessidades burocráticas do serviço e não como pensá-lo em função da construção de um modelo de atenção centrado no binômio mãe/filho, já que no início do programa o tempo determinado para a consulta foi de 20 minutos, de acordo a fala de uma das enfermeiras.

Posteriormente, devido ao modo como estão configurados os horários de trabalho do pessoal, mudou-se para 10 minutos e agora por causa da marcação eletrônica, passará a ser de 15 minutos. Mas o sistema já estava configurado a priori o pessoal de enfermagem não participou com alguma opinião a respeito.

"La computadora se programó cada 15, pero yo creo que no hubo comunicación, porque pues debieron de habernos preguntado a nosotros, si ése era el ideal, el horario ideal o no, no se si lo hayan hecho, porque ya cuando pusieron el programa era porque ya lo habían hecho, ya lo habían elaborado, entonces ahorita la consulta del niño, empieza a las 10 y termina a la 1, podemos ver alrededor de 10 ó 12 niños y generalmente la mayoría acude a su cita, puede haber alguno, o dos, o tres, que no vienen, unos porque no vinieron, otros porque están dados de baja, éstos son los motivos de que no se atendieron todos" (Ent EMI 2).

"Ahorita que estamos manejando lo del sistema , aquí las citas son cada 15 minutos, en el sistema viene como cada 15 minutos, nosotros aquí lo tenemos cada 10 (comenta esto señalando la hoja de Registro de Atención Integral a la Salud [RAIS])" (Ent. EMI 3).

Do mesmo modo a implantação do sistema eletrônico gerou uma etapa de transição, com alguns problemas para o manuseio destes equipamentos. Na maioria das ocasiões estão desligados, além de gerar confusão no pessoal, como se mostra nas seguintes notas de campo:

24 de fevereiro - Os registros de consultas são realizados no diário a cada 10 minutos, a consulta inicia-se às 10:00 h e conclui às 12:00 h.

22 de março - Se corrige no diário com caneta à hora de consulta, a cada 15 minutos, a assistente refere o seguinte, "Minha chefe indicou-me mudar a hora da consulta para cada 15 minutos".

31 de março - "Mira deben estar citados cada 10 minutos, pero como en el sistema están cada 15, por eso nos dieron la orden de que cada 15, pero luego la chica de aquí, tiene unos cada 10 y otros a los 15, si tu revisas la agenda ahorita está bien revuelta" (AEMI 2).

8 de junho - As consultas seguem sendo programadas cada 10 minutos, os computadores estão desligados.

O pessoal não tem clareza da finalidade e contribuição dos computadores em seu trabalho, algumas até consideram que geram sobrecarga de trabalho.

"La computadora es una herramienta que te viene a quitar más tiempo, porque la computadora, si tú hicieras la nota exclusivamente aquí, este perfecto verdad, es menos tiempo, que estar escribiendo todo esto, verdad, pero se tiene que llevar como quiera el expediente clínico y el expediente electrónico y aparte estar checando al niño en "10 minutos", y aparte el llenado de la RAIS, está se llama RAIS, Registro de Atención Integral de la Salud, receta, como que dices tú, si hicieras una sola función esta bien, pero si vas a hacer, el expediente electrónico y el otro, no, pues no. Ahora nos trajeron la impresora y dijimos nosotros bueno, lo hacemos rápido, sacamos la impresión de la nota, la ponemos aquí y aquí va a estar, pero no, lo que nos han dicho es que la impresora, nada más va a ser para los exámenes de laboratorio o rayos X, que se manden a hacer y el expediente electrónico va a seguir aquí, o sea, no vas a estar sacando hojas de notas, supuestamente ahorita ya deberíamos de estar trabajando las dos cosas expediente electrónico y expediente escrito" (Ent. EMI 1).

"Hasta el momento se pretende que en la computadora se lleven más que nada los informes de asistencia y la nota pues todavía no nos aclaran, si vamos a realizar la nota en la computadora o nada más en el expediente, porque tampoco nos parece muy ideal que tengamos que trabajar el expediente con nota y en la computadora el electrónico, porque sería duplicar las acciones. Entonces nosotros, como nos mandaron la impresora, pues dijimos, vamos a teclear la nota y luego vamos a imprimirla y la vamos a agregar aquí, y ya queda grabada también en la computadora, pero hasta ahorita no nos han resuelto eso, como ha habido problemas con el sistema no hemos arrancado, ahorita no lo estamos usando, pero la idea es de que se llegue al expediente electrónico" (Ent. EMI 2).

"Quieren simplificar el trabajo, que nos volvamos, mucho más ágiles en nuestro trabajo, buscar la información del expediente, a través del expediente electrónico, de primero, nos costó mucho trabajo, mínimo encender, el encendido y ahorita, pues no digo que sea una magaza de la computación, pero bueno, sé abrir y hacer mi nota de enfermería, la exploración física, los datos que nos vienen pidiendo, se pone la información, pero aún no está muy claro y lo que es en todos los consultorios, no se lleva. La idea es que hagamos nuestra nota a computadora, el paciente tiene que estar agendado, para que yo pueda abrir y capturar la nota" (Ent. EMI 3).

"Al principio estuvimos trabajando la computadora, pero te tardas más, a lo mejor porque ahorita estamos manejando el expediente y la computadora, pero escribes en la computadora y escribes en el expediente, porque no funciona la impresora, a nivel médico, si trabaja, pero con nosotros no, entonces es trabajo doble, lo que estás haciendo, allá y acá, si estuvieras con la computadora pues a lo mejor, porque nada más estás tecleando y ya estás pasando la información, pero ahorita es doble trabajo, se duplica el trabajo, yo sé que en otras partes se está manejando el expediente electrónico, pero aquí, pues no sabemos" (Ent. EMI 4).

Os aspectos burocráticos parecem ser a preocupação maior do pessoal da enfermagem e mesmo o uso de tecnologias inovadoras, como os computadores, que permitirão maior agilidade e registros mais precisos, são difíceis de serem aceitos.

As inovações não mudam a lógica do processo de trabalho e da produção do cuidado, mas a introdução dos computadores apresenta-se como outra interposição no cuidado ao usuário, a introdução destes equipamentos demanda no primeiro momento uma capacitação para seu manuseio e a necessidade de que o pessoal de saúde perceba vantagens sobre seu uso, já que, são percebidos como tecnologia extrínseca ao trabalho sem contribuição para a melhoria na atenção à saúde o que afeta a disponibilidade do trabalhador para a incorporação destes equipamentos no processo de trabalho.

4.2.4. A recepção

O setor da recepção foi observado, no início durante os turnos matutino e vespertino, alternando-os a cada semana. Uma das assistentes médicas da EMI, retirou seu consentimento livre e não foi possível continuar a observação de sua atividade, acontecimento que não comprometeu os dados obtidos, já que desde o início a atividade caracterizou-se por ser realizada de modo muito rotineiro e padronizado

Como já mencionado para desenvolver o trabalho de assistente médica não é preciso uma formação profissional ou técnica relacionada à saúde. Este pessoal recebe uma capacitação por ocasião do ingresso na instituição, tal como foi referido por uma das assistentes: *"Nomás estudio básico y aquí te dan un curso, te capacitan...te capacitan, te dan un curso, antes de empezar aquí"* (Ent. AEMI 1).

Entre as atividades que deve realizar a AEMI, segundo a Normativa em Saúde Infantil do IMSS (1998b), estão: receber ao menor, promover as vantagens do

controle da vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento, participar no controle dos usuários que retornam com a EMI, orientar a mãe ou familiar da criança para desenvolver condutas que favoreçam a nutrição, crescimento e desenvolvimento da criança, promover de acordo com a idade da criança ações para a estimulação precoce, entre outras atividades.

Na realidade do serviço esta atividade, se reduz só ao controle pelo próprio controle e as assistentes orientam seu trabalho só para marcação de datas de primeira vez e retornos dos usuários. Durante o período de observação não se identificou que a AEMI proporcionara alguma informação relacionada aos benefícios do Controle da Criança Sadia ou as ações de estimulação precoce.

De modo geral quem comparece a uma consulta médica no IMSS, seja com o médico familiar ou com o especialista, tem que se registrar com a assistente que verifica seu peso e estatura. Isto faz com que os usuários as identifiquem como enfermeiras. Mas, na consulta da EMI, a atividade da assistente médica AEMI é restrita ao registro de presença e à marcação dos retornos com diálogos monossilábicos, solicitação dos prontuários por escrito ao arquivo e registro da produtividade da EMI.

Ao chegarem as mães à recepção, colocam a cartilha de saúde na escrivaninha, simulando uma fila, algumas vezes as mães mostram a cartilha à assistente que fala: *Sim é aqui ou não, é lá (Nota de Campo, 31 de março de 2004)* indicando a outra escrivaninha, as mães deixam a cartilha de saúde e permanecem sentadas nas cadeiras da sala de espera até serem atendidas.

As assistentes não verificam a hora na qual o paciente tem a consulta marcada, já que a EMI, tem como instrumento o formulário de Registro de Atenção Integral à Saúde (RAIS), que a AEMI, preenche no dia anterior à consulta com os

seguintes dados: número de prontuário, nome da criança, hora marcada para à consulta e nome do pessoal que vai proporcionar o atendimento. Como a EMI vai até a sala de espera para chamar ao usuário que vai atender, as assistentes não verificam o horário marcado para a consulta.

No caso de que um usuário tenha sido reportado pelo arquivo como baixa (porque o trabalhador não tem emprego) o prontuário não é entregue à assistente, que ao chegar o usuário comunica-lhe: *"Você esta dado de baixa"*, ante o qual o usuário só dá uma volta e retira-se sem receber o serviço. Quando tem uma reclamação ele diz à assistente, *"Eu não sei o que aconteceu"*, AEMI: *Vai para o arquivo, eu não sei, não trouxeram seu prontuário e as enfermeiras para se atender-lo precisam dele* (Nota de campo, 19 de maio de 2004).

Depois do atendimento com a EMI, a mãe solicita a marcação do retorno de acordo as indicações da EMI, então entrega a cartilha de saúde à assistente que registra no diário os dados de identificação da criança (número de filiação, nome e idade), de forma geral estes são os diálogos:

Nota de campo: 2 de abril de 2004

S: Para 2 meses (entrega la cartilla)

A: Toma la cartilla y registra la próxima cita en el diario y en la misma cartilla

S: Toma la cartilla y se retira

A atividade é rotineira e as informações limitam-se a indicar aos usuários a localização física de algum dos serviços. E a informação para promover o crescimento e desenvolvimento da criança, pode-se dizer que é até ausente. Uma das assistentes identificou sua atividade como administrativa e monótona:

"En EMI nada más, eres una asistente, una recepcionista, como quien dice, nada más administrativa, la actividad, aquí es muy monótono, o sea, muy monótono y muy rutinario, cansado, por lo mismo rutinario y monótono" (AEMI1).

Na fala da assistente médica da EMI, identifica-se que ela reconhece a importância do Controle da Criança Sadia, mas sua atividade de controlar os pacientes que comparecem com a EMI, acabou sendo só controle pelo controle, como ela e as mães referiram:

"Nostras somos la pared, que detenemos al paciente para que no hable con el médico, para que no se meta, bueno la misma actividad que una secretaria, una secretaria ejecutiva, porque por decir algo, verdad, oiga que esto, pues están muy ocupados, en una junta o lo que tu quieras, para que no entre" (Ent. AEMI).

Verifica-se, também, que o acesso aos serviços de saúde é interceptado em vários momentos e situações. Uma das mães entrevistadas no domicílio, narrou uma experiência negativa com uma das assistentes médicas que lhe negou a consulta por ela ter chegado tarde por causa da chuva. Mas como na área da EMI, estava uma enfermeira que ela conhecia, foi quem intercedeu ante a assistente e a EMI, para que lhe fornecessem o leite, já não a consulta, só queria a cota do leite.

"Le hago el comentario a la asistente, no que ya no, ya le paso la cita, que esto y que lo otro, -Maita, lo que yo quiero es la leche para mi hijo, se me dificulto en llegar, lo único que te pido el favor es que me des la leche para mi criatura, ahora es una prestación que yo tengo - Si señora pero tenga en cuenta que tiene que consultar a su niño, que tal si, tiene problema de cerebro, de corazón, en los Intestinos - No, no te vayas tan alto, con que me digas que tiene gripa o bronquios con eso ya es más que suficiente, le dije - Estoy consciente de que mi criatura viene bien, de que si estuviera mal no estuviera aquí, yo necesito mi leche - ¡NO, señora, discúlpeme mucho, pero no les puedo dar nada, no llegaron a la hora que debió de haber sido, así que hasta...hasta Junio, entonces 2, era bastante tiempo para mi, e iba a perder mi dotación de leche, entonces a mi me molesto ése trato de ella, tan indiferente y tan prepotente, que iba a ser lo que ella decía...Y tú eres la que me das luz verde o luz roja, pero porque me pones una luz roja si en ésta ocasión estaba lloviendo y tuve muchas dificultades para llegar" (Ent. Mãe 25).

Assim mesmo as mães referiram que a AEMI, algumas vezes não percebe que elas comparecem atrasadas ou não realizam a atividade de marcar o retorno, por estarem realizando atividades pessoais, com uma comunicação mais de caráter pessoal.

"Es que yo llegue tarde pero ni se dieron cuenta, porque la secretaria se la pasa platicando con las otras señoritas" (Ent. Mãe 21)

"A veces también se tardan en darle la cita, porque estaba en la plática con la otra, o a veces que vienen a venderles no se que, de aquí a que compran y allá esta uno parado y a veces uno tiene prisa y es lo que no me gusta, de que a veces uno dice - Oiga me pone cita pa tal - Ah, si déme la tarjeta - No fíjate que no se que - y ahí, ni modo de decirle, ándele oiga porque tengo prisa, pues esta platicando, eso es lo que tampoco, pues espérese tienen su rato de BREAK, o sea vaya y platique allá y su trabajo póngase, o haga la cita y luego ya empiece allí a platicar, a veces dices voy de allí a traer algunas cosas al super y ya cerraron pues ni modo, entonces eso de la recepcionista es lo que no me gusta, porque eso de que están comprando que los tamales y que me ha tocado ver que las gorditas y que la carne seca y luego yo nada más me quedo, ahí, y luego mi esposo, como él es el que siempre va por mi al seguro, y pues viene del trabajo, tiene hambre, tengo que venir a darle de comer y él esta - pues ándale, pues mira la señora esta platicando" (Ent. Mãe 22).

"No estaban haciendo nada – o porque les paga el seguro, van a estar de adorno nada más, hasta que se cumpla el turno, nada más, no es la de ai, o dime que hacen en su tiempo libre que ya terminan allí, nomás dime, tú has estado allí que hacen puro cotorreo, no me digas que no, la que fuma, fuma, la que quiere un coca, un café se sale o manda a alguien, y el cotorreo, que el marido, que el querido, puro cotorreo o me compre un carro del año, me compre allá, me compre acá, es de lo que se habla, ha y se dan por ofendidas si les salió un paciente que no les siguió su juego, hay es que aquel bien prepotente el paciente, que esto y que lo otro" (Ent. Mãe 25).

Necessidades das mães trabalhadoras não são consideradas pela assistente ao marcar o retorno:

"No te preguntan, ella te pone la hora y la fecha, y esta difícil porque a veces uno no puede ir, porque como por ejemplo, yo que tengo turnos, de tarde póngale que en el de día si o en el de noche, pero cuando me toca, de tarde, pues no puedo ir" (Ent. Mãe 24).

Da mesma forma, as assistentes algumas vezes, se sentem agredidas verbalmente pelos usuários e desqualificadas no seu trabalho. Matumoto (1998), identificou sentimentos de ambigüidade, satisfação e frustração, o que parece interferir na disponibilidade do trabalhador em relacionar-se com o usuário, assim também os trabalhadores o encaram como obrigação contratual.

"A nosotros, nos ven como personas que las tenemos que atender, porque cuando se ponen agresivas las señoras te dicen, no valoran

porque estás tú aquí trabajando, 8 horas diarias, te agreden, te dicen – Pero, porque no me vas a atender ahorita, si, para eso te pagan, para eso yo estoy trabajando, para que te paguen – Pero yo también estoy trabajando y a mí también me descuentan mi atención médica – o sea, a nosotros ellas nos ven ¡Como una persona que las tiene que servir, están muy mal informadas las personas verdad!, nos agreden verbalmente y todo" (Ent. AEMI1).

Esta situação que os agentes sociais (assistentes médicas da EMI e as mães) expressaram é preocupante, já que se origina uma luta de poder, mesmo que esteja estabelecido na missão do IMSS (satisfação do trabalhador e do usuário). A cota do leite parece ser um detonante deste assunto que coloca os atores sociais como contrários, assistente *versus* mãe. Esta relação conflitiva não permite a construção de um espaço intercessor que leve a atingir os objetivos do controle da criança sadia, tendo a criança como justificativa para a aquisição do leite e a situação econômica até como responsável.

4.2.5. Produção do cuidado - procedimento centrado ou usuário centrado?

Ao se falar de processo produtivo das práticas de saúde, que possui uma natureza muito menos estruturada e do fato de que no interior destas práticas, está-se permanentemente diante da constituição de um espaço intercessor trabalhador - usuário, se esta falando do lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades que se definem no interior de um processo quase-estruturado (MERHY, 1997).

Ao analisar o processo de trabalho da EMI, identificou-se que a EMI precisa antes de tudo ser possuidora de um certo saber tecnológico, que lhe permita proporcionar a atenção, pressupõe além do mais o trabalho em si e também a maneira de organizar estas atividades, como um processo de produzir, entendendo que estas duas dimensões, a da organização e a do saber tecnológico, não se comportam do mesmo jeito.

Assim, em ambos os momentos do processo produtivo, o da organização e o do saber, há uma situação dupla: a presença de saberes - tanto tecnológicos quanto organizacionais - produzidos anteriormente e sistematizados apreendidos pela EMI, que expressam, então, trabalhos anteriores e se colocam como representantes do trabalho morto, mas que podem sofrer influência real do trabalhador. O grau de liberdade desta relação é um pouco mais favorável na dimensão do saber tecnológico em relação ao da organização, pois esta tende a ser mais estruturada e mais governada pelo próprio trabalho morto.

Para identificar o modo de produção do cuidado - procedimento centrado ou usuário centrado - desenvolvido pela EMI, foi necessário focalizar o seu espaço intercessor trabalhador/usuário para determinar sua finalidade.

Identificou-se que as consultas de enfermagem seguiam a mesma sistematização dos protocolos, só diferenciadas pela idade da criança, como menores de 1 ano e de 1 a 4 anos. As consultas das EMI a menores de 1 ano, caracterizaram-se por verificar o peso, medir a estatura, medir perímetros craniano, torácico e abdominal, comparar as medições de peso e estatura com o recomendado nas tabelas do IMSS, avaliar o cartão de vacinas, entregar a receita para a cota do leite, registrar os dados no prontuário, encaminhar à mãe para agendar o retorno com a AEMI, encaminhar à criança ao serviço de odontologia preventiva para aplicação de flúor e a medicina preventiva para administração de vacinas, em caso necessário.

Para as crianças de 1 a 4 anos, realizam-se praticamente os mesmos procedimentos à exceção das medições de perímetros, agregando a verificação da presença de pé chato e a realização de um exame rápido de urina.

Para verificar o peso não são retiradas as roupas da criança e de acordo com

a decisão da EMI são descontadas 200 gramas ao peso obtido: "*Pesa 9.600, le voy a restar 200 gramos por toda la ropa que trae*" (Atendimento 4).

A manobra de retração do prepúcio parece ser um procedimento de rotina nas crianças do sexo masculino que comparecem à consulta pela primeira vez, mas a EMI primeiro pergunta assim à mãe: "*Ya le checaron si le baja el pellejito*", no caso que a resposta seja afirmativa o procedimento já não é realizado, e no caso de que a mãe não identifique ao que refere-se a EMI ou desconheça se o procedimento já foi realizado, a EMI procede à revisão:

E- *¿Le habíamos encargado ejercicios de prepucio?*

S- *¿Cómo?*

E- *Sí, del pellejito*

S- *¡Ah, sí!*

E- *¿Y cómo va?*

S- *Bien, ya le está bajando*

E- *Retira el pañal del niño y realiza la exploración*

O conteúdo das orientações nestes atendimentos é muito precário, os tópicos acerca dos quais se proporciona informação de modo muito rápido são: alimentação da criança, atividades de estimulação precoce e prevenção de acidentes. Como instrumento para proporcionar informação se tem um "Guia de Alimentação" que é entregue às mães que vão iniciar o desmame da criança, ressaltando os alimentos que produzem alergia nas crianças. Mas quando a mãe pergunta: *Poso ofrecer feijão?*, a EMI só contesta: "*Leia a guía, ali diz*".

Finalmente a EMI, pergunta à mãe sobre o método de planeamento familiar que utiliza e sim já realizou o exame para identificar câncer de colo uterino e de mamas. A realização do exame de colo de útero as vezes é utilizado como mecanismo de pressão e troca para dar cota de leite. As EMI de modo geral, referem que a mulher tem pouca participação nesta atividade preventiva e que o estado de Nuevo León, tem o lugar dois de mortalidade associada a esta doença, pelo que de

modo rápido pergunta-se pela realização deste procedimento, e tal como uma enfermeira indicou tudo isto em 10 minutos: *Oye pero es mucho lo que abarcamos, no se te hace? (EMI 1) Nota de campo: 8 de Junho de 2004.*

Portanto, o modelo de produção vem se caracterizado como procedimento/centrado, orientado só ao corpo anátomo-fisiológico, com um modo de produção mecânico, identificado desta forma pelo próprio pessoal de saúde e pelas mães. A seguir apresentam-se registros dos atendimentos observados.

OBSERVACION 43

FECHA: 25 de Febrero de 2004

Tiempo de duración de la consulta: 9 minutos

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 4 meses SEXO: Masculino

Consulta Primera Vez

Peso y talla, al revisar el expediente verifica que es la primera vez que la señora acude con el niño a EMI por lo cual le dice -

E- Aquí te lo vamos a estar checando cada dos meses, si se te enferma vas a seguir yendo con el médico, aquí va a venir a chequeo de desarrollo. ¿Todavía lo amamantas?

S- Si

E- ¿Edad?

S- 30

E- Escolaridad

S- Secundaria

E- ¿El número de hijo?

S- 3

E- ¿Trae prendida la vacuna de recién nacido?

S- Si

Se lava las manos antes de iniciar la exploración física, verifica fontanela, simetría de extremidades y al explorar el prepucio le dice

E- Después del baño, ejercicios de prepucio - y le demuestra como hacerlos, ¿Le haces algún ejercicio de fortalecimiento?

S- No

E- Que le muevas los bracitos y piernitas

S- ¡Ah!, los bracitos, si

E- Hablarle que te escuche, que te vea, para que vaya familiarizándose

E- Verifica patrón de alimentación ¿Qué leche le das?

S- La NAN

E- ¿Cuántas veces?

S- Sólo cuando salgo, lo demás es pecho

E- ¿Cuándo cumple los 5?

S- El 11 de marzo

E- Te voy a dar una guía de alimentación, agregar papillas, probaditas de frutitas, de lo que le diste de comer, repetirlo en la tarde, al final de la tarde

S- ¿Cuánto peso?

E- 8.100, está bien, de hecho está un poquito pasadito, pero se

compensa porque está alto. Medidas higiénicas, introducir alimentos nuevos, te voy a ver hasta abril, cada 2 meses, ¿Tú médico, te había dado leche?

S- No

E- Cuestiona acerca de método de Planificación Familiar, Papanicolau

S- Hace 2 años

E- Haztelo ahorita, ¿No vienes preparada?

S- No

E- Tuviste relaciones

S- Si

E- ¿Alguna duda que tengas?

S- No

E- Bueno, diles allá que te den la cita.

Verificam-se de modo geral os sinais da criança com respeito ao desenvolvimento, particularmente o referente à motricidade grossa. A motricidade fina não é avaliada, já que não se tem material disponível do tipo de jogos de armar, lápis de cores ou folhas para avaliar o traço da criança.

A pesar de que a área de desenvolvimento da linguagem, seja uma das áreas prioritárias na avaliação do desenvolvimento da criança, no entanto esta área não aparece no Guia Técnico para a EMI na Vigilância do Menor de 5 anos que é o instrumento de apoio (IMSS, 1998a). A área é avaliada, provavelmente por informação que a EMI tem adquirido durante sua experiência. Nos menores de 1 ano, pergunta: *Ya dice mamá, papá, qué es lo que dice?*.

Assim mesmo os sinais de progressão, física, cognitiva e psicossocial contemplados nas Escalas de Medida de Resultado do Desenvolvimento das Crianças dos autores Johnson, Maas, Moorhead (2000) não são avaliados. Com respeito à educação para a saúde considerada como um componente do Controle da Criança Sadia de acordo a Hemmelgran et al. (1992) e Edouard (1997), pode se dizer que é reduzida e precária, limitando-se ao proporcionar informação sem ter uma confirmação ou retroalimentação do que a mãe compreendeu. Este diálogo entrecortado, tipo interrogatório, sem interação com a mãe é apresentado a seguir:

OBSERVACION 30

FECHA: 23 de Febrero de 2004

EDAD DEL MENOR: 9 meses SEXO: Femenino

Consulta Subsecuente

Toma peso

S- ¿Cuánto me dijo que pesaba?

E- 9.600

S- ¿Cuánto mide?

E- 76 cm. ¿ya gatea?

S- Se para pero no gatea

E- Hay que promocionarle el gateo, ya que después se saltan esa etapa, ¿De las manitas, si la caminas?, ¿Su apetito es bueno?

S- Últimamente no, yo creo que es de los dientes

E- ¿Y la leche cuánto pide?

S- 3, casi no aumento nada

E- Pesaba 9.100 kg, y no se le ha enfermado

S- Si

E- ¿De qué se enfermo?

S- Gripe, traía temperatura, tos

E- Cuidarla de cambios bruscos de temperatura, higiene de manos

E- Hace receta de leche y comenta – Esta ya va a ser la última dotación de leche

S- Ésta

E- Si, déle en vaso, ya trae dientes, hay que cuidarlos y a partir de que tiene dientes es el chequeo. Cita en 3 meses

S- Muy amable señorita, gracias.

NOTA: Está señora venía acompañada por el esposo, (según creo), más cuando la EMI, salió a la sala de espera para llamar a la paciente, el señor no hizo ninguna pregunta acerca de si era permitido que él pasara a la consulta.

La EMI, recomienda promocionar el gateo, más no demostró la técnica y creo que una preocupación particular de la señora era el peso del menor, situación que fue ignorada por la EMI.

Em seguida são apresentados atendimentos típicos de primeira vez e retornos de crianças menores de 1 ano e atendimentos de retornos de crianças de 1 a 4 anos.

Atendimento 85

FECHA: 2 de abril de 2004

EDAD DEL MENOR: 6 meses SEXO: Femenino

1ª. Vez

E: ¿Qué edad tiene su niña?

S: 6 meses

E: ¿Cuándo los cumplió?

S: El 24

E: Realiza procedimientos de toma de peso y talla, somatometría, perímetro cefálico, torácico y abdominal, a ésta niña yo la veo muy lacia, entonces realiza la maniobra de sentar a la niña sobre la mesa de exploración, posterior a esto, verifica peso y talla de la niña en tablas y le dice a la señora – Va muy bien ella en peso y talla señora

S: Si
 E: Nació el 24 de septiembre
 S: Si
 E: De parto normal o cesárea
 S: De cesárea
 E: ¿Porqué le hicieron césarea?
 S: Porque estaba un poco grande, no me pude aliviar
 E: ¿Qué está comiendo?
 S: Es que la comida casi no me la quiere, le insisto con el pollo
 E: Ofrézcale variedad, le voy a dar una Guía de Alimentación, higiene, lavado de genitales para que no se le quede la popo y no se vaya a infectar, ¿No le vi ningún diente?
 S: No
 E: Dice pa
 S: Dice mamá
 E: **Evitar accidentes en el hogar**, fiebre, enfermedades respiratorias, ¿Con qué se cuida?
 S: Ya me operé
 E: Ya se opero, ¿y su examen de cáncer?
 S: Ya me lo hice
 E: ¿Cuánto hace?
 S: Hace como un año
 E: Antes de embarazarse
 S: Si
 E: Le dieron leche
 S: Si
 E: ¿Cuándo?
 S: Pues la última vez.....
 E: ¿Cuántas?
 S: 5 latas
 E: Revisa el expediente y posteriormente agrega, el 2 de marzo del 2004, le dieron 5 le voy a dar 10, luego otras 10 y al final 5, hace receta por dotación, cita en 2 meses.
 NOTA: La EMI le indica evitar accidentes en el hogar, más ni siquiera le comenta cuales son los accidentes frecuentes en esa etapa.

Atendimento 6

FECHA: 19 de fevereiro 2004

EDAD DEL MENOR: 7 meses

SEXO: Masculino

Consulta Subsecuente

E- ¿Qué edad tiene?

S- 7 meses

E- Ya se sienta

S- Si

E- Solicita a la señora coloque al niño en la báscula, así señora, ya agarrélo, 8 250

E- Ya cumplió los 7 meses

S- No hasta el 24 de febrero

E- Entonces tiene seis meses, ¿le da alimento picado fino o molido?

S- De los dos

E- ¿Cuántos biberones se toma?

S- 4

E- Le da pecho

S- No desde los 3 meses se me acabo

E- No desde los 2, aquí dice (comenta mientras señala el expediente).

S- Le iba a preguntar acerca de lo de la leche

E- ¿Qué?

S- ¿Cuántas dotaciones? Es que se me acabo hace 15 días

E- Eso es solo una ayuda, con eso no va a completar.

S- Sí, ya sé

E- Bueno, son 6 dotaciones de 5 latas, cada consulta se le dan 2 dotaciones

E- Ya gatea

S- No, aún no.

E- Bueno me le va a hacer ejercicios sobre una pelota

S- ¿Cuántas onzas de leche, debe tomar aprox.?

E- No se sabe, cada niño es diferente, sólo no se recomienda agregar nada, porque luego se le quita el hambre.

S- Ni siquiera arroz

E- Le estoy diciendo que nada, que se les quita el hambre.

S- Es que usted me había dicho que le diera arroz.

E- ¡Yo le había dicho que le diera arroz!, en agua de arroz, cuando él tuviera diarrea, ahorita es solo leche bastantita.

Continúa registrando datos en el expediente, le da a la señora la receta y le dice

E- La cita en tres meses.

NOTA: Considero que en ésta cita era de suma importancia verificar con la señora el patrón de alimentación que está siguiendo con el niño, cuantas veces al día come, siento que la enfermera ya no abordó más porque ella estaba molesta de que la señora dijo que no le entendía, además percibo que a las EMI, les enoja que les pregunten acerca de las dotaciones de leche, como que se les imagina que solo van con ellas para que les den la leche.

Atendimiento 76 (1 de abril de 2004)

EDAD DEL MENOR: 9 meses

SEXO: Femenino

Subsecuente

E: Fernanda Arrieta, **nada más usted y su bebé, señora, pásele, le vamos a quitar la gorra**

(La señora acude acompañada, al parecer del esposo, por lo que la EMI, hace este comentario)

Realiza procedimientos de rutina, somatometría, peso, talla y perímetros

E: A ella ya la habíamos visto en la cita pasada, vi que usted allá afuera, la estaba caminado tomada de las manos, ya se colocaba en posición de gateo

S: Si

E: Aún no tiene dientitos

S: No

E: De la popo está haciendo normal

S: Si

E: ¿Cuántas veces?

S: 4

E: Ya ella sola camina agarrada de los muebles, dice pa, dice ma

S: Si, dice agua

E: Sigue con fórmula ella S: Si

E: Ya habíamos dicho, integrarla a la dieta familiar, darle líquidos, podemos ofrecer y jugos naturales, baño diario, lavado de manos, en

la cartilla va bien, va a haber campaña nuevamente

S: Lo que son los oiditos, ¿no se los va a checar?

E: Bueno es que ahorita igual, aquí, no tenemos el aparato, la EMI palpa los ganglios y le explica a la señora del porque estará inflamado el oído, y posteriormente agrega – Hay que llevarla con el médico familiar para que la consulte, ésta es la última vez que le vamos a dar leche, le vamos a poner cita en 4 meses, sólo para control, usted le puede comprar leche NIDO, de la CONASUPO, de la tienda.

S: De peso está bien verdad

E: Si, peso, y talla también, hace receta y la entrega a la señora

S: Oiga y del oído

E: Vaya con su médico, cita en 4 meses para volverla a checar.

A EMI realiza anotações no prontuário e durante a maior parte do tempo não olha para a mãe; enquanto faz perguntas não percebe que algumas respostas são gestos e acenos de cabeça, não estabelecendo uma interação que permita que a mãe expressar suas dúvidas e nem proporciona orientação. Até o investigador teve que intervir para clarificar a informação equivocada.

Apesar da importância do teor verbal da interação, este não pode sustentar, sozinho, a relação profissional-paciente. Tanto profissionais quanto pacientes respondem ao contexto da interação, como cada um se sente em relação ao outro. Este contexto pode ser avaliado pela observação de posturas físicas e maneirismos, portanto, a comunicação verbal como os comportamentos não-verbais têm influência na relação profissional-paciente (STARFIELD, 2002).

Atendimento 62

FECHA: 4 de Marzo de 2004

Duración de la Consulta: 10 minutos

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 9 meses

SEXO: Femenino

Consulta Subsecuente

Al salir EMI, a la sala de espera, llama al paciente por su nombre y veo que la señora viene acompañada por el esposo, pero éste no hace el intento de entrar.

Toma Peso y pasa a la señora al consultorio

E- Ya se sienta solita

S- Si, ya

E- ¿Qué edad tiene?

S- 9 meses

E- 7.400, voy a traer el plantígrafo

S- ¿Para qué es eso?

E- Para checar si el pie está plano

S- Si tiene gripita ¿tengo que ir abajo? (refiriéndose a la consulta de medicina familiar).

E- ¿Trae temperatura?

S- No

E- Entonces, solo líquido

E- Usted ya se hizo el examen de mamas

S- Si particular

E- Y el papanicolau

S- Si, ¿el del DIU?

E- ¡QUEEEEEEE!

S- El del DIU

E- No el examen de cáncer de matriz

S- ¡Ah!, si, ese si.

E- ¿Y de leche? ¿Cuánto toma?

S- 3

E- Del baño ¿si le hace bien?

S- Si, muy bien

E- Dice alguna sílaba

S- LaLaLaLa, Da, Da ,Da

E- ¡Ah!, muy bien, hace receta de dotación de leche

S- ¿Cuánto midió?

E- Présteme la cartilla para anotárselos allí, ya nada más le falta la del año, ¿la vacuna del bracito? ¿si le prendió?

S-Si

EMI, verifica en tablas peso y talla y dice - Estas, son ya las últimas recetas de leche, cita en 3 meses, aquí va a venir hasta los 5 años.

S- ¡¿Hasta los cinco años?!

E- Si, (LE CONTESTA SIN MIRARLA A LA CARA, YA QUE ELLA ESTA ANOTANDO EN EL EXPEDIENTE, Y NI SIQUIERA NOTA EL TONO DE SORPRESA EN EL QUE LE PREGUNTA LA SEÑORA, QUIEN AL PARECER ENTENDIO QUE IBA A VOLVER HASTA QUE LA NIÑA TUVIERA CINCO AÑOS Y CONTINUA ANOTANDO Y ANOTANDO SIN LEVANTAR LA VISTA Y YO TENGO QUE INTERVENIR)

Investigador dirigiéndose a la señora: Va a venir en tres meses, cuando la niña tenga un año y después cada 6 meses, hasta que la niña tenga cinco años.

EMI, levanta la vista y se me queda viendo y yo le comento: Lo que pasa es que la señora no entendió.

E- ¡Cómo que no entendió!, ya le había dicho que en tres meses

S- Si, por eso yo me quede, entonces ¿cómo esta eso?.

E- Pues si, me saca cita en 3 meses.

NOTA: Al salir la señora la EMI, me dice – Ves como uno les dice una cosa y ellas entienden otra.

Atendimiento 67

FECHA: 4 de Marzo de 2004

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 17 meses

SEXO: Femenino

Subsecuente

E- ¿Qué edad tiene Fernanda?, pregunta mientras pesa a la niña

S- 1 año, 7 meses

E- Trae su cartilla

S- No, pero las tiene todas

E- ¿Ya camina sola?

S- Si
 E- ¿Ya come?
 S- Más o menos si
 E- Ya tiene, ¿cuántos dientes?, pregunta al tiempo que realiza una inspección visual a la cavidad oral de la menor y anota en el expediente, del baño ¿le está haciendo bien?
 S- Asiente con la cabeza
 E- ¿Biberones no toma?
 S- Si
 E- ¿Cuántos toma al día?
 S- 4 ó 5
 E- ¿Los líquidos los toma en vaso?
 S- Si
 E- Hay que darle todo en vaso, dice mientras compara peso y talla en tablas.
 E- ¿Cuánto peso al nacer? ¿Fue parto normal?
 S- Si
 E- ¿De nueve meses?
 S- No, de 8
 E- ¿Qué número de hija es?
 S- Con el muerto
 E- Si
 S- Es la 3.
 E- ¿Qué edad tiene usted?
 S- 36
 E- Se está cuidando con algo
 S- Con DIU
 E- ¿Examen de cáncer y mama?
 S- El de abajo ya me lo hice, el de acá no (dice señalando las mamas)
 E- ¿Ahorita habla?
 S- No
 E- Estimularle el lenguaje, háblele en sílabas, protéjala de accidentes, ahora la cita va a ser cada 6 meses para control de peso y talla y desarrollo, ahorita va a dental y quítele el biberón, solo se lo va a dar en la noche, de cualquier modo está bien, pero ya quítele el biberón, cita en 6 meses.
 NOTA: Nuevamente la comunicación es con el patrón de pregunta corta, respuesta monosilábica, he observado que en las citas subsecuentes cuando la EMI, cuestiona acerca de edad de la madre y partos es porque los datos en el expediente por alguna razón aparecen incompletos y sobre todo en éste paciente que ya tiene 23 meses de edad. Además cuando la señora refirió que se le había muerto un hijo, la EMI no realizó ninguna pregunta al respecto.

Mediante a observação dos atendimentos verificou-se que a produção do cuidado está centrada na realização dos procedimentos, que as orientações são precárias e até incompletas, com padrão de comunicação monossilábico, com um modo rápido de produzir a consulta que gera confusão na mãe devido as

informações inadequadas e incompletas. Mais ainda, a criança como sujeito/objeto do Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento, está ausente durante o atendimento, particularmente nas ações relativas à educação da mãe. O trabalho vivo é a todo instante, capturado pelo trabalho morto.

Há uma grande preocupação nas consultas em colher informações da mãe sobre a alimentação da criança, dados relativos ao crescimento e desenvolvimento, com a finalidade de registrá-los no prontuário, mas sem a finalidade de através deste interrogatório, possibilitar e dar espaço para as mães para que falem de suas dúvidas e expressem seus sentimentos, suas dificuldades enfim, suas necessidades, para proporcionar o cuidado de seus filhos. As enfermeiras fazem perguntas mas não querem ouvir as respostas das mães. Assim, o diálogo estabelecido é um monólogo, não há interação enfermeira e mãe.

Outro enfoque do acolhimento é dado por Miranda e Miranda (1996 apud Matumoto, 1998, p.16), como constituinte das relações humanas em geral das relações de ajuda em particular. Acolher é abrir as portas da percepção, abrir-se para ajudar o outro, chamando-o pelo nome, cumprimentando-o, enfatizando sua individualidade e sua importância. As mães não sabem o nome da EMI que lhes proporcionou a atenção, o pessoal de saúde não se identificou e proporcionou o atendimento sem saudar a mãe, como foi expressado nas falas.

"La consulta fue corta dura alrededor de 5 minutos, no sé, quien me atendió, para que te echo mentiras, no sé quien, no sé el nombre, lo que pasa es que por decirte llegas allí, llegas a la consulta, y pues este llegas toda apurada y pásele, pero no sé, si hay un rato en el que me diga, mira yo soy fulanita, pues no, no te sabría decir quien es...(entre risas)" (Ent. Mãe 4).

"Ni me saludo, no me saludo, nada más me pasó y me dice, ¿cuánto tiene el niño? - yo le dije que 11 meses, y este, pues siéntelo aquí para pesarlo y ya pásele para acá y me lo acuesta, y ya, según ella estaba checando el expediente. Así como ellas se portan, no me parece nada bien, no te miran, no saludan, que es lo que te enseñan, tener buena comunicación con el paciente y no saludan, te ven así

todo bien rápido, así como que ya tengo, a lo mejor si es cierto es mucha carga de trabajo, porque están pase y pase gente, pero este, no se mínimo un saludo o mínimo su niño va bien o va mal, si no le preguntas, ellas no te dicen nada, nada, nada, por ejemplo esta vez que fui, ella no me preguntó el niño ya se levanta, ya se agarra de las cosas, todo muy rápido" (Ent. Mãe 24).

De modo geral não é permitido o acesso do pai à consulta. A EMI ao ir até a sala de espera para chamar a criança diz o nome da criança e se vem o pai e quer entrar a EMI diz: *Aquí só a mãe, o nenê e a carteira de vacinas*. Porém as mães trouxeram como uma necessidade a permissão do acesso do pai à consulta, quando estão acompanhadas por eles.

"Pues yo creo que es porque allí está bien chiquillo, luego se hace mucha bola, o también estorban allí, pero estaría bien que entraran para que tengan un conocimiento de los niños, es lo que yo le digo, mire, mi esposo, ya que vamos a pasear alguna parte pues el cuida al niño y así ellos ya van a tener conocimiento y el ya sabe, pero desde la primera vez que yo vi eso que la enfermera dice solo mamá, bebé y cartilla, le digo - No te van a dejar entrar, ahí quédate, le digo, porque no te va a dejar entrar - y luego el dice - No, que oso que me regresen, aquí me quedo sentado - y ya a él le dejo la bolsa y allí se queda" (Ent Mãe 22).

"Nada más debe de entrar uno con su hijo, no entran varones y a mi me gustaría que entrara el varón para que lo involucraran, ya sabes, el machismo mexicano, a veces, tú de mujer, tienes tú la obligación, debe entrar el varón, debe de entrar el matrimonio o la pareja, para que él también se haga responsable, de lo que la enfermera le este diciendo a la esposa, y ya que dos cerebros escuchen pues ya es diferente, el que no entiende una cosa, pues ya se le ocurre otra, verdad, o si el ve una cosa, la otra vio otra, para mí que entren, pues que van a ver diferente, pues no van a ver pacientes, no van a ver nada, o sea, es para que se reafirme más la comunicación en la pareja porque es su bebé y que se reafirmen los dos padres, también, y no dejan entrar al varón, yo les dije – Yo quiero que entre mi esposo, y dijo – No, aquí no está permitido, nada más usted - A mi se me hace que ésa sería una gran ayuda que participen los dos, porque también nuestra cultura mexicana, no, que apoyen a la mujer en ése aspecto, también el varón y que lo involucren en ello también, a mi, mi esposo si me ayuda mucho con mi hijo, pero no creo que todos sean igual - Entonces a que voy vieja, si me dejan afuera, mejor que vaya mi mamá, que vaya mi hermana, que vaya fulano, que vaya la vecina, donde ésta la participación del varón, si en ése momento le nace acompañarla y luego le cortan las alas, la inspiración, es sarcástico porque hasta ellos se sienten mal, si contribuyeron con su esperma, que no contribuyan en el apoyo emocional y psicológico de la criatura". (Ent. Mãe 25).

Os atendimentos descritos mostram uma realidade, já documentada por alguns autores como Almeida (1991), Sant'Anna (1995), Lima (1998), ao identificar que os agentes de saúde não têm interagido de maneira satisfatória com os usuários, trata-se de uma relação assimétrica.

As mães identificaram o modo de produção do cuidado como rápido e mecânico. A EMI não se envolve com a mãe, não faz parte de seu entorno durante a consulta, só faz perguntas curtas relacionadas com os aspectos físicos do crescimento e desenvolvimento, por exemplo: tem a cicatriz da vacina do ombro? o prepúcio já desceu?. Mas perguntam por perguntar e não verificam o que guardou consistência com as observações das mães.

"Yo creo que ahorita estuvo más o menos, porque a veces como que yo creo, traen mucha prisa ellos, o yo no sé, y a veces uno les quiere comentar algo y pues trae muchas cosas en la cabeza uno y cuando se va a su casa, dice mi esposo - ¿Qué dijo la DOCTORA? – ay, no pues, con que anda uno a la carrera y ellos también, pues no le comenta uno sus dudas" (Ent. Mãe 8).

"Tengo la próxima cita dentro de 4 meses, pero quien sabe si volvería, pues si quisiera, pues le digo, para que me la estén checando, pero pues lo único que preguntan es de que, ¿Si, esta comiendo bien?, ¿Qué alimentos les damos nada más? Ella preguntó que es lo que yo le doy, nada más, yo le dije que era lo que yo le daba y dijo – Ah, está bien y ya – NO, pues es lo que siempre dicen y preguntan, no dicen más cosas, que lo que dicen, siempre. Yo a lo que venía nada más era por la leche, pero como ya no me van a dar la leche y nomás me la checan de lo mismo, pues para que vengo (entre risas), pues es que nada más vengo y hago espera y este me dicen lo mismo" (Ent. Mãe 13)

"La enfermera, no hace preguntas directas, por lo regular, si nosotros tenemos alguna inquietud, ya nosotros le realizamos la observación directamente". (Ent. Mãe 20).

"Mira la consulta es MECANICA, tú lo has visto, no se empapan mucho con uno, yo porque pues hablé y conozco el ambiente y eso, pero la que no habla y no sabe, pues nada más como el mudo, entra y sale, ya lo has observado, no hay relación con el paciente, lo ven hasta como un objeto X, como un animal o no sé, por eso te dije desde el principio que nos vean como seres humanos, que no se fijen en títulos ni en rangos, todos somos iguales, ¿oiga señora cómo esta?, ¿cómo sigue su niño?, ¿cómo se llama Juanita, Timotea, Tiburcia?, ¿oye Tiburcia cómo estás?, acóplate a ella, o sea hazte parte de su medio ambiente en ése rato, de su entorno, o sea, ten

una relación más mutua que no sea tan frívola, no así tan mecánica, porque ya todo eso, es lo mismo, no le checo, ni el penecito, no me lo checo, no me le quitó el pañal, nada más me preguntó, pero una cosa es que te diga la paciente y otra cosa es que tú la cheques" (Ent. Mãe 25).

Algumas das falas acima foram das mães entrevistadas no domicílio, como é o caso de uma mãe de 18 anos que referiu só oferecer alimentos artificiais a seu filho e a EMI repreendeu-a por não oferecer alimentos naturais e lhe indicou só oferecer alimentos preparados por ela mesma, pois estes eram mais saudáveis. Mas ao realizar a entrevista no domicílio a pesquisadora teve oportunidade de avaliar as condições de moradia da mãe e seu filho. A mãe referiu que ela e seu parceiro moravam em união livre em casa de sua sogra, e já que as relações entre elas não eram boas, ela não tinha oportunidade de cozinhar e só ficava o tempo todo no seu quarto.

"La primera vez me regañaron bastante, porque como el niño bajo de peso, como yo le daba puro gerber" (Ent. Mãe 21).

Nas falas das EMI se percebe que o trabalho vivo é comandado pelo trabalho morto, pelas formas de organização. Elas conseguem identificar que não há retroalimentação pelas mães, das mensagens que querem transmitir a elas, mas não percebem que com o tipo de consulta que fazem, as mães ficam sem possibilidade de se colocarem, de trazerem suas experiências e suas dúvidas, não há espaço para ouvir e acolher.

"El tiempo, casi siempre va a ser el factor principal para dar una buena atención, tenemos 10 minutos para ver un paciente y 10 minutos para ver al siguiente, o sea cada 10 minutos los tenemos citados, entonces eso sí es determinante, porque saturas a la gente de toda la información en 10 minutos y muchas veces no te retroalimenta, a ver que tanto te entendió, ésa retroalimentación es bien importante, si tú sales ahorita y le preguntas a una señora que acaba de salir de aquí, te va a decir – No me dijo nada, me checo al niño y me dio la leche y no me dijo nada - o sea, muchas veces, es lo que sucede, y lo digo porque ya nos han hecho éstas encuestas – Y le habló de cómo prevenir las diarreas – Pues algo me dijo, pero no entendí – o sea, tú le preguntas – ¿A ver que le dijo? – Y pues te

vienen saliendo con otra cosas, o sea, que quiere decir esto – “Que el tiempo es determinante” – para ésa retroalimentación, si yo estoy dando una información, quiero también saber – Yo necesito saber, si ella me entendió o no, pero yo no tengo tiempo de preguntarle. Con 15 minutos para la consulta a lo mejor sí tendrías, no tan carrereado, porque si te fijas es mucha prisa que te das para poder en 10 minutos completar lo que tienes que hacer.(Ent. EMI 1).

Assim, o modo de produção não permite a possibilidade da efetivação de um modelo pedagógico que assuma a educação como uma prática da liberdade, projeto que alguns denominam, empowerment education, que pode ser igualmente denominado, educação popular, ou educação para a transformação que procura romper com métodos educativos centrados no exercício do poder sobre o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de idéias, opiniões com vistas à solução de problemas. O empowerment education busca, portanto, contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais (CARVALHO, 2004).

Outra situação identificada é a relacionada à integração da equipe de saúde. As EMI expressaram que os médicos mesmo que o programa esteja funcionando desde 1988, ainda não consideram a atividade da EMI como complementar o que ocasiona um detrimento na atenção proporcionada ao usuário, já que ao não existir uma comunicação entre os agentes de trabalho, a EMI não tem liberdade de apresentar dúvidas relacionadas ao diagnóstico de uma criança e menos ainda de agilizar uma avaliação do tipo médico.

Durante a observação identificou-se que só uma das EMI retoma, durante a consulta, a questão da participação da mãe nas sessões educativas, que os membros da equipe proporcionam, assim como perguntar à mãe se ela leu o Guia do Cuidados do IMSS o "livrito verde", mas também de modo rápido.

OBSERVACION 84

FECHA: 2 de abril de 2004

Tiempo de duración: 16 minutos

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 3 meses SEXO: Femenino

1ª. Vez

E: ¿Es la primera vez que viene?

S: Si

E: ¿Vino a las pláticas del niño sano?

S: Si

E: Si le dijeron de la plática, porque cuando vienen con nosotros ya le dieron cosas que no le deben de dar, ¿qué edad tiene?

S: 3 meses

E: Ella viene solo a cita de control - mientras la explora la coloca en posición de boca abajo y verifica si se sostiene en sus extremidades inferiores -3 meses, ¿Cuándo nació?, ¿Cartilla de vacunación?

S: No le puse la de los 2 meses porque estaba enferma

E: ¿Ahorita cómo anda?

S: Todavía tiene tos?

E: Bueno ellos no saben echar flemas, tenemos que ayudarles, la colocas boca abajo con tus manos ahuecadas y le das unos golpecitos, éstos golpecitos se llaman terapia, ¿porqué te hicieron cesárea?

S: Porque se me estaba pasando

E: Ella debe de estar tomando pecho, te voy a dar una guía que vas a seguir a partir del 4to. mes, evitar alergenos, ¿te dieron la cartilla?

S: La señora busca en la bolsa y le entrega la cartilla, oiga es que está estreñida

E: Si la mamá no toma líquidos, la niña va a ser estreñida, si tú tomas café, chocolate, refrescos, disminuyen los líquidos, ¿qué crees que está pasando?

S: No tomo líquidos, oiga es que desde que ella nació soy estreñida y me dijeron que tomara la nopalinasa, ésa es mala

E: Pues no he sabido, que sea mala, pero mejor toma nopal natural, dice mientras anota en el expediente – Alimentada al seno materno – y debe continuar, asear el área genital, estimular el lenguaje, hablarle por sus dos nombres, **leer el librito**, acostarlo del lado izquierdo o lado derecho, para evitar muerte súbita, cuidarlo de enfermedades, si le aumenta la temperatura, le pueden dar convulsiones.

S: Traje las fotos, ¿las llevo a donde consulto?

E: La EMI, continúa hablando – Estimularle la vista, vamos a hablarle, ahorita te dije háblale y luego, luego, te acercaste, háblale de lejos, se trata de saber si realmente oye, leche se la vamos a dar hasta la próxima cita, ahorita lo mejor es el pecho, ¿cómo te cuidas?

S: Con el DIU

E: ¿Y tu examen de cáncer, ya te lo hiciste?

S: No

E: ¿Sabes de lo que te estoy hablando?

S: Si

E: Duda

S: No, solo quería saber porque se estreña

Merhy (2002) refere que todos os processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, dentre os

quais destaca tensões entre a lógica de produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção, o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas às competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário.

Peduzzi (2001) também, contribuiu para a compreensão do trabalho em equipe, identificando duas modalidades de equipe: equipe agrupamento e equipe integração. Entre os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe dizem respeito a comunicação entre os agentes do trabalho, diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados, especificidade de cada área profissional e flexibilidade da divisão do trabalho, entre outros. A primeira noção da equipe é caracterizada pela fragmentação e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

A comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. No entanto, essa comunicação manifesta-se de três diferentes formas. Uma delas é aquela que a comunicação aparece externa ao trabalho, outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal e a outra expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe.

Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, por tanto, núcleo original do qual outros trabalhos derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um núcleo diversificado de áreas

profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto a sua valorização social.

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear - a assistência médica individual.

Continuando com Peduzzi (1998), no que diz respeito à especificidade "versus" flexibilidade, refere que o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especificidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Flexibilidade foi entendida como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

Fortuna (1999) refere-se a equipe como relações entre pessoas. Relações estas estabelecidas num dado local, num dado tempo e com a finalidade de um fazer em saúde. Trabalho em equipe é um trabalho de interrelações, relações de

poder, relações sociais, interpessoais, de complementaridade, de competição, entre tantas outras. Assim Fortuna e Mishima (1998 apud FORTUNA, 1999), identificaram três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde.

Estes aspectos da equipe multiprofissional de saúde foram identificados nas falas do pessoal de saúde, das mães e durante a observação, identificando que a conformação da equipe multiprofissional da Vigilância do Controle da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos, está dirigida à conformação de uma equipe como agrupamento, com uma comunicação estritamente de caráter pessoal, algumas vezes tentando uma comunicação externa ao trabalho e um trabalho orientado à especificidade de acordo com Peduzzi (2001).

"La gran mayoría, no ha aceptado todavía este programa, la actividad no la ven como complementaria , quieren deshacerse del paciente, en el niño también es igual, el niño por ejemplo yo tengo que enviarlo, cuando pasa de un año, este de 1 año para arriba, o sea, es otro grupo, de 3 meses a 1 año es un grupo y de 1 año a 5 años es el otro grupo de niños, entonces yo tengo que mandarlo al cambio de grupo con el médico familiar, para que él valore como fue llevado ése niño, en el primer año de vida, no se hace, no se hace, yo tengo que hacer la valoración del factor de riesgo y seguir con mi niño, porque no me lo vuelven a mandar si yo lo regreso. Esta normado, que yo se lo mande y el me lo vuelve a enviar para que siga en el programa, entonces yo no lo estoy mandando, porque si lo mando, ya no me lo regresan, le dicen, ya quédese aquí, no sé para que me lo mandan, este nomás me dan más trabajo, no quiere volver a escribir él, otra vez el envío, este ya no lo regresan, y perdemos al niño, entonces muchas de las cosas que están normadas no se hacen" (Ent. EMI 1).

"Nosotros no manejamos patologías, nosotros manejamos niño sano y por lo tanto debe de ir el desarrollo normal y ya aquel niño que tú detectas que no esta acorde con la edad, en cuanto a desarrollo, en cuanto a peso, en cuanto a estatura, pues se tiene que canalizar con su médico familiar" (Ent. EMI 2).

"A veces los médicos les dicen - Vayan allá porque les van a dar la leche - es que están bien mal informadas, está muy viciado todo esto, no hay congruencia en lo que decimos y en lo que hacemos, porque por ejemplo, a mí me mandan a la paciente embarazada para que yo la capacite, le de la orientación de la lactancia materna, nace el bebito y hay señoras que a la semana, ya les están dando leche, entonces no hay un seguimiento son contadas las personas que le dan seguimiento a que la mamá esté dando seno materno, o sea, luego, luego, les dan la lata de leche y yo les digo a las señoras desde que están embarazadas, independientemente de que ustedes trabajen, eso no justifica de que no den seno materno y se los digo en la plática y se los digo aquí; entonces me vienen aquí ya con dotaciones de leche y pues que tengo que hacer yo, más que dar el seguimiento, porque ya se lo iniciaron, cuando la mamá me viene que no me le han dado ninguna dotación de leche y que el niño es de 3 meses, yo lo citó hasta los 5 meses, pero ya le indiqué a la mamá seno materno, uso del vasito entrenador para que no le deje el seno y si ya tiene lo 4 meses, aquí está la guía de alimentación, para que inicié a partir de tal mes, entonces ellas refieren mucho, que el médico no les hace nada – es que el médico no me le hace nada – hay está situación de que a la paciente embarazada, se le da la información tanto trabajo social como nosotros – Al séptimo día hay que venir a la valoración del binomio, la mamá y el niño, entonces hay quien no lo quiere hacer, no hay a veces la valoración y la señora vine – Me pesan al niño, porque allá no me lo pesaron – y nosotros preguntamos -¿Vino a la consulta?, ¿No la vieron allá? - , se quejan de ésa situación. De hecho yo, cuando vienen – Es que me mandaron para la leche – les digo – No viene por la leche, viene para la valoración de su niño señora, y ya conforme lo vayamos checando, vamos a ver si ya, le corresponde su leche, pero ellas de entrada – Vengo por la leche – Es más difícil para nosotros porque has de cuenta que estamos luchando contra corriente, porque me están mandando a capacitar a la embarazada, se le da la capacitación, nace el niño y otra vez, volvemos a lo mismo, ya empezaron allá con la leche, entonces de que sirvió todo lo que yo dije, todo lo que yo le informe a ésa paciente se pierde (Ent. EMI 3).

"Son contados los médicos y no es que hable mal de nadie, son contados los médicos que me mandan a pacientes, siempre a determinado tiempo, que me lo mandan, que me lo esperan hasta el 5º mes, para enviarlo, o sea, lo mandan entre el 4º y el 5º mes es que me lo envían, se supone que el médico debe valorar a ése niño, mínimo tres consultas, en tres consultas, que serían por decir, los tres primeros meses, hacer el envío el 4º mes y nosotros darle el seguimiento, pero también vemos que nos mandan niños, bueno es que todos vienen por la leche verdad, vemos niños que ya tienen 7 u 8 meses y el médico no les ha dado ni una dotación de leche y se supone que el médico entre el 4º y 5º mes debió de habérselo iniciado, entonces por eso te digo que hay muchas cosas que una

cosa es lo que decimos y otra lo que hacemos, no hay congruencia, porque como te digo, para mí lo ideal, sería que el médico valorara a los niños y que a la mamá le dijera – Señora – porque hay médicos que lo hacen, hasta por escrito lo escriben en su expediente, en su nota médica y lo escriben en un papelito aparte –Pasa a EMI, Trabajo Social, todo, allí le ponen – lo ideal sería que ellos cuando vieran a la mamá desde el principio que vean a la mamá llegar con ése bebé – Señora, vaya a Trabajo Social, para que saque una cita para las pláticas del niño – pero a veces no les informan nada, no les comentan – Yo les digo cuando están embarazadas – Señora, la voy a ver hasta por decir, usted va a regresar conmigo, cuando su niño tenga más o menos entre 4 y 5 meses, antes hay que ir a pláticas del niño sano – o sea, yo, ya desde el final de su embarazo, casi la última cita que yo les doy, ya les estoy diciendo" (Ent. EMI 3).

"Allá en la otra unidad, yo tenía mucho el apoyo del médico familiar y aquí es diferente, si yo mandaba una paciente al control, ya sea embarazada o niño que tuviera algún problema, el médico me lo veía en el momento y había ocasiones que claro, venía el médico y me decía – Sabes que, mejor aquí te lo checo de una vez y te doy la receta y todo – y aquí no, entonces es lo que yo me extraño aquí, pero con el tiempo, ya conoces los médicos y ya mejor les dices – Sabe que, pida cita o si lo ven ahorita que bueno y si no pues venga mañana, pero aquí, si es diferente, la comunicación más que nada; allá Medicina Familiar está junto a EMI, aquí también está igual, pero allá la Unidad es diferente está circular, entonces allí mismo dábamos la vuelta con los médicos" (Ent. EMI 4).

"Considero la atención más o menos, no muy buena, faltaría, que nos dieran más orientación sobre los niños, uno que a veces no sabe, este que nos dijeran más cosas, o sea, que a veces uno les pregunta - ¿Oiga el niño puede hacer esto? – Y dicen que a ellas no les corresponde" (Ent. Mãe 13).

Observación 43

Fecha: 25 de febrero de 2004

Edad del Menor: 4 meses Sexo: Masculino

Consulta de 1a. Vez

- Aquí te lo vamos a estar checando cada 2 meses, si se te enferma vas a seguir yendo con el médico, aquí va a venir a chequeo de desarrollo -

Retomando alguns conceitos sobre o cuidado, já apresentados na fundamentação teórica, pergunta-se se será possível a construção de um núcleo cuidador, entendendo cuidado como ação inerente a todos os profissionais da saúde e como a “essência da enfermagem”, como a característica central, dominante e unificadora da enfermagem (LENINGER, 1988 apud, MORSE et al. 1991). O cuidado de enfermagem tem sido conceitualizado como intervenção terapêutica, centrado

nas necessidades do paciente que a enfermeira pode satisfazer. As metas do paciente são o mais importante e a atenção de enfermagem está dirigida a cumprir estas metas, pelo que se enfatizam as competências e habilidades de enfermagem relacionadas ao cuidado.

Para outros autores o cuidado é descrito como interação interpessoal, como uma tarefa mútua entre a enfermeira e o paciente. Quando ocorre o cuidado ambas as partes têm que ser comunicativas, confiantes, respeitosas e comprometidas entre si. A interação recíproca significa que da mesma forma que o paciente é enriquecido, também o é a enfermeira (MORSE, 1991).

Matumoto (1998) refere que no cotidiano concretizam-se as relações que caracterizam o trabalho em saúde e cristalizam suas práticas, isto é, transformam o atendimento em um ato. Trabalho em saúde, e em especial, a enfermagem, saindo do campo de uma prática estruturada com um conhecimento também estruturado passa a ser uma prática de relações, ou seja, um trabalho que se vai construindo, através de um processo dinâmico, de interação entre as pessoas e as condições do meio em que se inserem. Vai se lançando mão de tecnologias como o acolhimento, que se constitui no processo de produção das ações de saúde, como uma tecnologia leve, tendo entre seus componentes: a forma como os usuários e trabalhadores produzem as ações de saúde (incluindo uma relativa autonomia dos primeiros e o autogoverno dos segundos), a mútua representação do que é problema/necessidade de saúde o preparo para a relação, o espaço-tempo destinado a ela, a comunicação, a escuta, o responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro a tomar conta de sua própria vida.

Matumoto (1998) caracterizou o acolhimento como um processo, mais especificamente, de relações humanas, de responsabilidade de todos especialmente

dos trabalhadores. Acolher não significa a resolução por completo dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, o que se comunica sem o uso das palavras, o respeito ao outro e a valorização de suas queixas.

Merhy (2002) refere-se ao ato de cuidar como a alma dos serviços de saúde e assinala que no campo da saúde o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado. Por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos aos quais se quer chegar. Ressalta a necessidade de construir uma nova maneira de produzir saúde, que procure enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nas instituições de saúde, tentando construir um atuar com colaboração e participação do trabalhador com a vida individual e coletiva, que permita construir um modo competente de realizar uma mudança de um modelo de atenção institucional-centrado para um modelo usuário - centrado.

Ayres (2002) refere que é extremadamente comum ouvir falar na crise da assistência com progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de serem racionais, sensíveis às necessidades das pessoas e ciente de seus próprios limites, portanto, no cuidar repousa a dimensão reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida. O cuidado permite abrir as ações de saúde para um verdadeiro outro – não um objeto do sujeito técnico mas outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica.

Neste tópico analisou-se o processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, abrindo uma caixa preta, em torno da presença das tecnologias leves, tecnologia de relações - dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde, sob a ótica

analisadora pautada pela ética do compromisso, que se expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação do acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia.

Mediante a observação dos atendimentos e de acordo com a fala das mães foi possível analisar o que ocorreu no espaço intercessor, entre a enfermeira e a mãe. A forma de se relacionar ocorreu com diálogos, melhor falando, monólogos, dirigidos da enfermeira à mãe, praticamente não proporcionando à mãe a oportunidade de expressar dúvidas, a enfermeira não se envolveu com a mãe e seus filho, permanece distante até afastada. Parece que a configuração institucional da questão do tempo e o protocolo que deve seguir do Programa de Controle da Criança Sadia impedem e atrapalham o trabalho vivo da EMI, que se encontra centralizado em fazer os procedimentos nos 10 minutos disponíveis para a consulta.

Portanto, a maneira como a EMI utiliza o guia da Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos, é uma forma que captura totalmente o trabalho vivo em saúde. O guia que como diz o nome deveria ser um guia, passa a ser uma ferramenta que barra a relação interpessoal entre a enfermeira e a mãe. O trabalho vivo em ato está sendo quase que plenamente capturado por forças as tecnologias duras (MERHY, 1997).

Mas há espaço para o trabalho centrado no cuidado, no acolhimento, no paciente. Apresentam-se outros atendimentos nos quais se considerou que a enfermeira conseguiu ser um pouco mais acolhedora que em outras ocasiões e assim estar mais próxima da mãe e poder ouvi-la, poder acolher.

Atendimento 45

FECHA: 25 de Febrero de 2004

Tiempo de duración de la consulta: 18 minutos

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD DEL MENOR: 4 meses

SEXO: Masculino

*Consulta Primera Vez**Al inicio de la consulta dice:**E- El programa es vigilar el crecimiento y desarrollo del niño, aquí lo vamos a ver cada 2 meses, usted va a seguir siendo paciente del consultorio 20, para cuando se enferme, tiene que ir allá con el médico.**Verifica, peso, talla, perímetro cefálico y perímetro abdominal.**E- Patrón de alimentación ¿aún le da pecho?**S- Si**E- Puro pecho**S- Si, pero yo quiero ver a ver si me pueden dar la leche, es que como tengo una tiendita de abarrotes**E- El pecho le consume mucho tiempo**S- Pues si**E- Bueno, lo que yo le recomendaría es que hiciera un esfuerzo por darle por lo menos 6 meses, ya que si se lo quita para el niño va a ser muy brusco, aparte su crecimiento y desarrollo van bien, creo que es mejor que haga un esfuerzo. Te voy a dar una dotación de 5 latas para marzo, en abril van a ser 10**S- DOCTORA, y esos cereales, ¿está bien de peso y todo? es que yo lo veo muy chiquito, a los otros yo los veía muy grandes.**E- No está todo bien, dígales allá que le den cita en 2 meses.**NOTA: En esta cita la EMI, procuro exhortar a la señora que continuara la lactancia, más sin embargo ella misma fue quien sugirió la respuesta de que "el pecho le consume mucho tiempo", creo que hubiera sido mejor permitir que la señora expresara sus problemas si de cualquier modo le surtió 5 latas de leche para resolver un poco la situación, además porque solo le surtió 5 latas, seguramente con el objetivo de presionar a la señora de que cuando se acabe la leche de seno materno al menor, con esto una vez más pienso que la EMI establece una relación de dominación, pero es imposible querer dominar desde el escritorio lo que hace la señora en la casa con el menor, quizá sería mejor ganar la confianza de la señora y darle confianza de que la etapa crítica del seno materno son los 4 meses donde no se deben incluir papillas, y que ya después del 4to mes es posible iniciar la ablactación en caso necesario.*

Continuando descreve-se um dos atendimentos onde foi permitida a entrada do casal mãe e pai, já que de modo geral como diz uma das EMI, só se permite como a fala de uma das enfermeiras: *mãe, nenê e cartilha.*

*Atendimento 10**FECHA: 19 de Febrero de 2004**Duración do Atendimento: 25 minutos**DATOS DE IDENTIFICACION**EDAD DEL MENOR: 1 año, 6 meses**SEXO: Masculino**Consulta Subsecuente**- Peso del niño**E- Siéntelo aquí, dice mientras le indica al señor la camilla. ¿Qué edad tiene?, Ya va al baño?. La fontanela si se le cerró. Se le formo el arquito del pie*

S- No sé

E- No se lo habíamos checado antes, bueno retírele los zapatos y calcetines.

E- Biberones toma S- Si

E- ¿Cuántos? S- De 2 a 3 en la noche

Le indica al señor que suba al niño al banquito para valorar los pies, el banquito se encuentra arriba de la camilla y le dice al señor que lo suba, pienso yo no es menor el riesgo si bajara el banquito al suelo.

E- Tiene el pie plano

Señor- Y no será por lo gordito del pie

E- Claro que no, hay que continuar con ejercicios, que camine de puntas. Dientitos ya tiene los 4 de abajo, dice y anota en el expediente mientras realiza exploración visual, sube escaleras

P- Si, con ayuda y de la mano, responde el padre

E- Usted que edad tiene señora, S- 27 años.

E- Está embarazada? S- Si

E- Tiene servicio sanitario y agua potable S- Si

E- Compara peso y talla en las tablas y refiere -peso alto y talla media, esta bien.

E- Ahorita lo lleva a dental S- Si

E- Ya va al baño, hay que estimularlo

S- Algunas veces, avisa, pero no siempre

E- Lenguaje, habla S- Si

E- hay que hablarle, ya identifica partes de su cuerpo

S- Si es que como tiene un hermano mayor, pero oiga de eso quería preguntarle, es que el mayor lo maltrata, el otro niño tiene 5 años, ya no lo traigo a EMI, me dicen que lo lleve con el psicólogo, ya que el niño maltrata a su hermanito

E- ¿y quien le dijo que lo llevara al psicólogo?

S- Mi hermana, mi suegra, la gente me dice.

E- Bueno a veces no es necesario el psicólogo, lo importante es que integren al niño en la familia, que le hagan ver que el tiene un lugar, usted señor lléveselo con usted al juego, trátenlo igual que al chiquito.

S- Es que el niño es muy rebelde y si es cierto, mi esposo solo se lleva al chiquito porque como el grande no quiere, pues hay lo deja.

E- No señor al contrario, trátelo igual, eso de tener competencia con el hermano, es siempre, en todas las casas se da, pero hay que tratarlos igual y el niño debe de andar con usted y es importante formarles normas en la casa, como les digo a veces no es necesario el psicólogo, pero si ustedes quieren aquí tenemos, allá, al final del pasillo hay una oficina pueden venir para que les de una orientación. Bueno al niño lo voy a ver en 6 meses, pida una cita en 6 meses.

S- Salen del consultorio el señor, la señora y el niño pequeño, la señora le dice al niño – Dile adiós a la Doctora.

NOTA: Considero que en esta consulta, la enfermera supo acoger a los papás ya que les permitió que expresaran sus temores y preocupaciones con respecto al comportamiento del hijo mayor, la enfermera les brindó una orientación adecuada, creo yo intentando primero que la familia integrara al niño y claro además les dio la opción de que si ellos querían fueran a ver el psicólogo

Até algumas mães estiveram satisfeitas com o serviço recebido, como se descreve nas seguintes falas:

"Fue amable, fue lo que me gustó, porque hay otras que hasta atienden enojadas y ni caso, le preguntas algo y - ¿Cuántos hijos tiene? – Luego, luego, o sea, como diciendo, pues ya sabes, verdad, y ella si fue muy amable, se prestó a las preguntas que le hice, le pregunté de las manchitas y me contestó que podría ser una alergia al sol o otra cosa verdad, unas vitaminas que necesite el niño, le dije de lo inquieto y me dijo que era normal, que era normal en los niños hasta cierta edad, le dije de la niña, que a lo mejor sería por lo de la niña, tengo una niña de 6 meses), y dijo que probablemente podría ser y que lo cuidara de los accidentes" (Ent. Mãe 11).

"Me pasó una vez el año pasado, yo tenía mi cita de maternidad y mi niña iba a salir en un festival del día de las madres, oye era mi primer festival, y yo –Por favor es que quiero cambiar la cita - ¿Es algo muy urgente señora?, a menos que sea algo muy urgente le cambiamos la cita, si no, no, porque ya está programada y quien sabe que y cuanto – La verdad, fue cuando yo le dije la verdad – Es mi primer festival del día de las madres, va a salir mi niña en el kinder, ¡cómo voy a dejar de ir!, - ¡Ah!, no se preocupe, claro que sí, la vamos a acomodar, que no se que, puedes venirte en la última cita a las 7 de la noche - ¡Claro que sí, a las siete, allí estoy – me gustó el haber ido a ver a mi hija" (Ent. Mãe 14).

A pesar das EMI considerarem que não é importante o fato de que a mãe e seu filho sejam atendidos nos retornos, pela mesma EMI, as mães referiram que é um fator que permite ter uma maior confiança.

"No hay ningún problema si yo la veo o ella la ve, no hay ningún problema, porque todas tenemos la misma guía, la norma, es lo mismo ya tenemos normada la guía que vamos a dar, entonces en lo único que te enfocas es en la edad del niño para dar la información y en la embarazada si le ves allí, que información le ha dado tu compañera, para poder tú desarrollar la otra información que le falte o ya nada más terminar la consulta y ya" (Ent. EMI 1)".

"Lo que más me gusto, que se acordó de mí, de que me había atendido ella en el embarazo, como te digo, o sea, tenía cinco meses, que no venía con ella, ella me atendió hasta el último, hasta dos semanas antes de que tuviera el bebé, ya después vine con el médico familiar, el médico familiar me mandó con la otra señorita, con la otra enfermera, vaya y ahorita que vine con ella - ¡Ay hola!, ¿Cómo estás? ¿cuánto tiempo tiene el bebé?- y ya checó el expediente...-Ah, no le diste pecho, ¿qué paso?, en el embarazo me habías dicho que sí, eso fue lo que más me gusto que se acordara" (Ent. Mãe 14).

"Porque desde que estaba yo esperando al niño me tocaba con ella y ahora pues también con ella, como que tengo más confianza de

preguntarle algo, porque a veces, pues ahora esta otra, pues quien sabe, pero yo desde que estaba esperando al niño, pues que desde los 3 meses que lo estaba esperando, me mandaron allí y era ella, y siempre ella y ahora que otra vez y siempre ella, ya por eso, como que ya le tengo más confianza de preguntarle algo, porque va siendo la misma persona" (Ent. Mãe 22).

Nas falas destas mães quase que exclusivamente elas referem-se ao modo de interação EMI/mãe, não fazem alusão aos aspectos técnicos ou conhecimento do pessoal de saúde. Esses resultados estão em sintonia com outros trabalhos mostrando que a maioria dos pacientes fazem referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, sendo estas queixas os efeitos de uma má relação (LEY, 1988 apud CAPARA; RODRIGUES, 2004).

Da mesma forma, segundo afirma Merhy (1997), também são estas questões, as que são colocadas quando um usuário apresenta uma queixa, ao ficar atento do ponto de vista do usuário sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, pode-se dizer que em geral este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Isto permite identificar a importância destes aspectos para atingir a missão do IMSS "Qualidade e Acolhimento com Satisfação do Usuário". Outros autores têm identificado o modo de relação trabalhador/usuário como componente central da satisfação do paciente (RISSER, 1974; RAMIREZ et al., 1997).

As falas anteriores evidenciam que a EMI foi capaz de escutar as dúvidas das mães, respondendo de modo simples às perguntas. Foi capaz de perguntar de forma amável, o que tinha acontecido para a mãe não alimentar o filho no seio materno. Travou-se diálogo interessado, mas sem repreensão. Foi flexível até nas questões de configuração institucional, como a hora que a mãe tinha marcado a sua consulta,

para que ela satisfizesse a necessidade de ir a uma festa do dia das mães. Perante isto acredita-se que a EMI tem autogoverno que lhe permite mudar a configuração institucional em benefício dos usuários. O que lhe permitiu o desenvolvimento do acolhimento e a construção de um núcleo cuidador paciente/centrado, já que o acolhimento exige a flexibilização das normas e rotinas do serviço uma vez que seu foco é o usuário e a resolução de seus problemas (FRANCO, 2003; MATUMOTO, 1998; MERHY, 1997, 2002; RAMOS; LIMA, 2003).

Assim, resulta importante o reconhecimento do resultado do trabalho, por parte do trabalhador como do cliente e a sociedade, como a primeira condição necessária mas não suficiente, para se pensar em realização profissional dos profissionais de saúde, ou seja, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, voltar-se a valorizar o esforço singular realizado em cada caso, o que está relacionado ao tema da obra (CAMPOS, 1997).

A obra implica que o trabalhador mobilize e coloque sua força de trabalho e seus desejos em ação para esta construção, contando com um conjunto de instrumentos necessários para isto, ou seja, dispor de condições materiais e não materiais que permitam esta produção, no sentido de se reconhecer no resultado do trabalho, e satisfazer-se tanto com este resultado como também com o caminho percorrido (MISHIMHA, 2003).

Ao longo da análise dos dados, já foram sendo descritas as necessidades que as mães expressaram, no entanto, é possível ressaltar algumas questões específicas do modo de produção referidas pelas mães, como a necessidade de que o pai possa entrar/participar do espaço intercessor, assim como a necessidade de que a enfermeira reafirme a capacidade da mãe no cuidado de seus filhos.

"Pues es que estaría bien que entraran, él me compaña pero no entra, porque luego dicen - la mamá y el niño (Ent. mãe 24).

"Quisiera que tomaran en cuenta otras cosas, me dijeron que bajo de peso, pero bajo de peso porque se había enfermado, no porque no la alimentara yo bien; pero, o sea, lo que me gusto es que sí se fijaron, que estaba en el mismo peso de la cita anterior y me gustaría nada más, por decir, cuando ven que por decir en mi caso, la niña para mi ver o sea, es muy inteligente para su edad, a mí me gustaría que me digan, que yo voy bien, por buen camino, que me digan que si las estoy guiando bien, alimentando, enseñando y todo eso (Ent. Mãe 6).

Assim como a enfermeira tem autonomia para desenvolver um trabalho acolhedor e responsável, as mães também precisam ser incentivadas na sua capacidade e autonomia para proporcionarem o cuidado a seus filhos.

4.3. Controle da Criança Sadia: programa de saúde prioritário

O Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança menor de 5 anos de idade é o eixo central da atenção à criança. Essa atividade garante a qualidade de vida permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem a saúde, nutrição, capacidade mental e social (BRASIL, 2002; HEMMELGRAN et al., 1992; IMSS, 1998b).

No México, especificamente no IMSS, a Normativa em Saúde Infantil (1998), refere que a Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do Menor de 5 anos tem como objetivo incrementar o nível de saúde da população segurada menor de 5 anos, diminuir as taxas de desnutrição na população infantil e pré-escolar, assim como diminuir a morbimortalidade do menor de 5 anos. A EMI é quem outorga esta atenção, detectando fatores de risco, proporcionando educação à mãe para alcançar hábitos e condutas favoráveis para a saúde do menor, faz o encaminhamento a odontologia preventiva para promoção e proteção específica e para o médico familiar, no caso de identificar sinais e sintomas de alarme.

Mediante as falas do pessoal de saúde identificou-se a Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento, como um programa prioritário de saúde, mas só uma das enfermeiras fez referência à relação que tem com outros profissionais da equipe de saúde, como os depoimentos a seguir:

“Programa prioritario de salud, preventivo, es el que ayuda a bajar el impacto de riesgo que tiene la población a enfermarse” (Ent, EMI 1).

“Esto es considerado como un programa prioritario de salud, donde intervienen trabajo social, psicología, nutrición, el médico y un equipo, para detectar problemas en el niño, relacionados a la nutrición y a su desarrollo. Lo que es el niño y la embarazada son sectores vulnerables, este es un recurso que el primer nivel tiene para poder llevar un control, un nivel educativo del paciente, la labor educativa esta enfocada a la mamá, la vigilancia del niño y el envío oportuno en caso de que el niño este presentando alguna alteración de desarrollo, del crecimiento, del lenguaje. La exploración del bebé incluye lo que es la somatometría, tenemos guiones educativos relacionados con la higiene de alimentos, higiene personal, para el niño grande dependiendo de la edad y lo que es estimulación temprana, es lo que es el Control del Niño Sano (Ent, EMI 2).

“A mí me parece muy bien que sea un programa prioritario, ya que tenemos que estar atentos de cómo va desarrollándose ése niño, si su peso y su talla, van de acuerdo a su edad, si la mamá le esta dando buena alimentación” (Ent, EMI 3).

“El programa se llama Control del Niño Sano, las actividades que aquí realizamos sirven para llevar una buena vigilancia, para prevenir enfermedades, prevenir desnutrición, que el niño lleve un buen desarrollo, es lo que tratamos de revisar, el vigilar el desarrollo motor del niño y su crecimiento” (Ent. EMI 4).

No caso das mães, só aquela que tinha formação em psicologia, o identificou como um programa de saúde.

“Las traje para darle seguimiento del Control del Niño Sano, así le llaman al programa, ¿no?” (Ent. Mãe 20).

4.3.1. Controle da Criança Sadia: realização de procedimentos

Algumas mães identificaram como Controle da Criança Sadia a realização de procedimentos como verificação do peso e estatura.

“Me iban a hacer un chequeo general, la rutina que les hacen, que les checan cada 6 meses, o sea, pues, te preguntan, les checan, el

peso, la estatura, la cabecita, les checan la garganta, les checan los pies” (Ent. Mãe 7).

“Pues nomás es el Control del Niño Sano, para checarle las medidas, cuanto mide o cuanto pesa, lo que debe de comer” (Ent. Mãe 8).

“La niña tenía cita para su control de desarrollo, verdad, de estatura, de peso, su desarrollo, de sus actividades, sus dientes, todo en general, verdad, lo que le hacen, en sí el peso y la talla, recomendaciones sobre sus alimentos, lo que debe de comer (Ent. Mãe 9).

“Para el Control del Niño Sano, pues que lo checan del peso, de la estatura, como va desarrollando sus músculos, sus habilidades, su cuerpo motriz, su dentadura, su visión, oídos” (Ent. Mãe 10).

“Es el chequeo rutinario, de su desarrollo físico, te preguntan todo lo que hace el niño, que si corre, que si come, así” (Ent. Mãe 15).

“Solo vengo por la leche (entre risas) y me tarde 1 hora y media, siempre alegan que uno tiene que traer al niño para checarlo, y nada más lo miden, lo pesan, le checan el estómago y le miden la cabeza, ¡ES TODO!, viste que ni me tarde y me dan mis 10 botes de leche, 5 y 5 (comenta mientras me muestra la receta) (Ent. Mãe 19).

“El Control del Niño Sano es como lo dice la palabra, checar el desarrollo de la criatura, porque anteriormente o en años anteriores no detectaban los problemas que los niños presentaban, hasta que ya estaban grandes en la primaria, les detectaban miopía, anemia y esto es para prevenir” (Mãe 25).

Nestes depoimentos das mães e nos anteriores do pessoal de enfermagem é possível identificar que para os dois grupos o Controle da Criança Sadia esta centrado na realização de procedimentos como a verificação de parâmetros de estatura e peso. Nenhuma das mães entrevistadas se referiu à EMI, como pessoal de saúde que proporciona orientação de problemas relacionados a interação com seu filho, problemas emocionais ou de conduta da criança.

Estas afirmações estão de acordo com Bethell et al. (2001) ao referirem que os cuidados que se outorgam estão quase sempre orientados à execução de técnicas e procedimentos e que uma grande quantidade de oportunidades para identificar e responder às preocupações dos pais não são consideradas pelo pessoal de saúde, temas como a comunicação e conduta são ignorados.

Do mesmo modo Merhy (2002) faz referência à necessidade de construção de um núcleo cuidador que procure acolher o usuário para a construção de um modelo de atenção centrado no usuário e não centrado na realização de procedimentos.

Quando a mãe identificou como atividades do Controle da Criança Sadia principalmente a verificação de peso e estatura e pedir informações sobre o que a criança estava comendo, pode-se pensar que a mãe não tem a capacidade de fazer uma identificação maior porque ela não é especialista nos aspectos técnicos. Mas algumas pesquisas afirmam que os usuários são a melhor fonte de informação acerca do domínio do cuidado e que além disso podem também proporcionar dados relacionados ao cuidado técnico (RISSER, 1975). Assim, neste trabalho as mães identificaram as EMI como possuidoras de um saber que lhes permite proporcionar a atenção.

Os depoimentos anteriores conduzem a pensar nas afirmações de Merhy (1997, 2002), quando o autor faz a distinção do trabalho em trabalho morto e trabalho vivo e afirma que o trabalho morto se faz presente como uma certa sabedoria, em saber ser e assim operar a produção de determinados produtos típicos deste trabalhador, trabalho morto está vinculado ao modo de atuar, como um conjunto de situações que definem o universo tecnológico do trabalhador.

Assim, a ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação captura intencionalmente um objeto para produzir bens/produtos, e que antes da realização do próprio ato produtivo já se sabia aonde queria chegar, isto é, a que tipo de produto, que valor de uso estaria produzindo, e, com isso, opera um ato produtivo que é mediado por uma intenção posta anteriormente a ele, no qual o trabalho em si

atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos usados, bem como a organização do processo, como trabalho morto.

Pode-se dizer que há processos produtivos nos quais o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o do trabalho vivo e há outros que se manifestam de modo contrário (MERHY, 2002).

As enfermeiras manifestaram o seguinte:

"Desde que iniciamos aquí, yo soy de las iniciadoras, siempre ha estado en 10 minutos, pero no teníamos tanta cantidad de pacientes como tenemos ahora, o sea ha ido aumentando, porque aumentaron consultorios e lógicamente aumento la población. Tenemos 10 minutos para ver a un paciente y 10 minutos para ver al siguiente, o sea, cada 10 minutos los tenemos citados, entonces, eso sí es determinante porque saturas a la gente de toda la información, en 10 minutos y muchas veces no te retroalimenta, a ver que tanto te entendió (Ent. EMI 1).

"Pues mi labor es enviarla, o sea, mi labor es envíos a...todo lo que es preventivo, a trabajo social, a medicina preventiva y todo, para mí, mi trabajo es enviarla, entonces - Yo estoy enviando y estoy anotando que la envío - ya que si dicen - No es que ustedes no están haciendo sus funciones, ¡aquí está!, yo la estoy mandando". (Ent. EMI 1).

"Al llegar, el niño aquí, ya tiene su cita, están citados, todos son citados, todo está normado, por decir yo tengo que ver tantas pacientes, de tal hora a tal hora, tengo mi hora de comida, tengo mi hora de clase, que a veces no la dan, no hay oportunidad, porque el personal está muy reducido" (Ent. EMI 1).

"Tenemos guiones educativos, relacionados con la higiene, higiene de los alimentos, higiene personal, todo lo indicado para el bebé y para el niño grande dependiendo de la edad, y lo que es estimulación temprana, es lo que es a grandes rasgos el Control del Niño Sano, lo que son los guiones educativos todos tienen que ir incluyendo más o menos lo mismo. (Ent. EMI 2).

"Tenemos nuestros lineamientos, tenemos nuestras normas para estar leyendo. Las consultas están programadas cada 10 minutos, esto lo siento muy carrereado, sí tú te fijas alrededor de entre 4 y 5, te llegan, has de cuenta que se paró un camión allá afuera y bajaron todos juntos de ése mismo camión, entonces allí siente uno que hace esperar mucho a la gente, pero no es que yo los haga esperar, es que ellos se vinieron con mucho tiempo de anticipación, llegan todo juntos" (Ent. EMI 3).

"Los niños están programados cada 10 minutos, yo pienso que esta muy correteado" (Ent. EMI 4).

O pessoal de enfermagem e as mães identificaram como atividades do Controle da Criança Sadia a verificação de peso e estatura, considerando estas como as mais importantes, como se mostra nas seguintes falas.

"La pregunta más clásica es si anda bien de todo, de peso, de estatura, o sea, como va su desarrollo, si consideramos que lo que trae, es lo ideal para el niño, o anda bien o anda pasado, casi siempre es lo que nos pregunta" (Ent. EMI 2).

"La actividad más importante, primero que nada es el peso, que esté dentro de sus límites normales, que su desarrollo psicomotriz corresponda para la edad que tiene, que el niño, no se complique, que no se enferme, nada más, porque a pesar de que les damos la orientación, por ejemplo, de las enfermedades respiratorias, de las diarreas, a pesar de que les das la orientación te salen las señoras - Estuve con el niño en urgencias de la Clínica 6, me lo tuvieron internado porque tenía diarrea - Allí, tú no entiendes porque la mamá tuvo que esperarse, a que el niño llegue a tanto, si con la alimentación, ella puede ir aminorando, entonces como que a veces las señoras no te captan la información o no sé" (Ent. EMI 3).

"Le tomamos su peso, lo tratamos de medir, tomarle su talla, perímetro cefálico, si es menor de un año, su perímetro cefálico, abdominal y torácico, si es un niño de 3, 4 meses y es la primera vez que viene con nosotros, le hacemos la revisión general, lo que es la cabecita, fontanela, ganglios, su boquita, revisamos su prepucio, si lo tiene descendido o no ha descendido, se le revisa en la primera consulta, y ya en las posteriores pues su peso, su talla, valoramos también su desarrollo motor. La orientación a la mamá debe de ser de acuerdo a la edad del niño, nos enfocamos más que nada en lo que es la alimentación, la prevención de las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y la prevención de accidentes" (Ent. EMI 4).

4.3.2. Controle da Criança Sadia: as coisas vão bem

Mediante as entrevistas identificou-se que as mães percebem que o fato de comparecer à consulta permite-lhes ter segurança de que as coisas com seu filho estão bem:

"Más que nada el hecho de saber que las cosas van bien, más que nada rectificar detallitos, de que si lo que estoy haciendo ahorita, lo estoy haciendo bien, más que nada" (Ent. Mãe 4).

"Lo traje para que lo chequen como va y eso del piecito, y así ya me siento más segura" (Ent. Mãe 5).

"Porque muchas veces hay situaciones por decir que se presentan, algún tipo de actividad nueva que ellos hacen, este y uno realmente

como no todos los hijos son iguales, algunos desarrollan unas cosas antes, otros después, entonces todas esas preguntas, uno se las hace y ellas ya le dicen está bien, está muy adelantado o es normal que lo haga" (Ent. Mãe 10).

"Le checan allí, el peso, la talla, ahorita le checaron el pie plano y su partecita, fue lo que más me llamo la atención, porque nunca se lo habían checado, si me decían que cada vez que pudiéramos, le estiráramos el cuerito, pero nunca se lo habían hecho a él, y ahorita ella se lo checó y dijo que estaba bien, de los piecitos me dijo que estaban bien, que estaban sus arcos formados y eso del pie yo no sabía, yo lo notaba plano, pero ya se vio en el espejo que le pusieron que sí trae el arquito" (Ent. Mãe 11).

"Podríamos descartar algún problemita, pero la información de que el niño traía bajo peso, me la dio mi pediatra particular, pero ahorita ya lo pesaron y ya se estableció y entonces es importante que uno sepa" (Ent. Mãe 12).

"Lo que nos trae aquí, yo creo que son los niños, porque ellas nos pueden decir, si van bien en su alimentación, en su peso (Ent. Mãe 13).

"Las mamás ven que se le está dando seguimiento a su crecimiento y a su desarrollo, y a ellas les gusta saber si el niño anda bien, si al niño le falta, si al niño le sobra, peso, estatura y que tan acorde va con su edad, ése es el interés que las mueve en los primeros meses" (Ent. EMI 2).

As falas são coincidentes com o documentado por Busey, Schum e Meurer (2002), através das percepções dos pais com o cuidado da criança sadia que recebem seus filhos, identificaram como importante ter a segurança de que o crescimento e desenvolvimento da criança é normal.

4.3.3. Controle da Criança Sadia: permite ter um registro

Das 25 entrevistas realizadas, se identificou que só duas mães disseram que o Controle da Criança Sadia permite ter um seguimento e mais ainda um registro do crescimento e desenvolvimento da criança, em caso de ocorrer alguma eventualidade com seu filho. Chama à atenção de que este aspecto foi identificado pelas mães que possuíam o mais alto grau de preparo escolar e que tinham a idade maior.

"Me es importante que se lleve un control, que haya un expediente con el histórico de su desarrollo, verdad, para cualquier eventualidad este registrado allí, como ha ido evolucionando, como ha ido creciendo, tener completo el expediente de la niña, que sepan que existe, que aquí está, que hay un expediente, para cualquier eventualidad, verdad, porque nunca sabemos cuando vamos a tener necesidad, si hay un percance vial o X y la niña va a dar al seguro, no van a saber ni que tipo de sangre tiene, si ella no tiene el expediente, entonces yo quiero suponer, que hay comunicación en los hospitales, en el IMSS, verdad, o algo así, de tal manera que puedan rastrear el expediente de la niña y saber los generales de ella, verdad" (Ent. Mãe 17).

"Que vayan teniendo, por así decirle una antigüedad en el seguro, ¿no?, por aquello, que se llegue a ofrecer" (Ent. Mãe 20).

4.3.4. Controle da Criança Sadia: a questão do leite

As enfermeiras e as mães identificaram nas atividades do Controle da Criança Sadia a questão do fornecimento de leite em pó, para alimentação da criança. Foi um aspecto que orienta/desorienta o cuidado proporcionado pela EMI, tornando-se algumas vezes motivo de luta de poder e conflito entre a EMI e a mãe. O que se opõe ao propósito de simetria entre quem cuida e quem é cuidado.

Quando as mães comparecem e chegam à recepção solicitando o leite já, desde esse momento são colocados frente a frente mãe e profissional, cada um com diferentes necessidades. As mães consideram que é seu direito receberem as cotas, já que além de sua situação econômica desfavorável, são asseguradas do IMSS. As enfermeiras consideram que as mães só comparecem para o seguimento de seus filhos devido ao leite. Assim, neste momento, as enfermeiras trazem os seus saberes - tanto tecnológicos como organizacionais - produzidos anteriormente e sistematizados, apreendidos, que expressam trabalhos anteriores e se colocam como representantes do trabalho morto, mas que sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando no seu modo de pô-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato.

Nessas duas situações há uma combinação de trabalho vivo e morto

simultaneamente. O grau de liberdade desta relação é mais favorável na dimensão do saber tecnológico e da organização que tende a ser mais estruturado, mais governado pelo próprio trabalho morto, que é a situação que prevalece nestes atendimentos.

"A veces los médicos les dicen - Vayan allá porque les van a dar la leche - es que están bien mal informadas - está muy viciado todo esto, no hay congruencia entre lo que decimos y lo que hacemos. De hecho, yo cuando vienen - es que me mandaron por la leche - les digo - NO VIENE POR LA LECHE, viene por la valoración de su niño, señora, y ya conforme lo vayamos checando, vamos a ver si ya le corresponde su leche, pero ellas de entada - Vengo por la leche - Es más difícil para nosotros, porque has de cuenta, que estamos luchando contra corriente" (Ent. EMI 3).

"Sí es difícil, Incluso con las mismas vacunas, cuando yo tengo una paciente que no me le ha puesto las vacunas a su niño, porque yo les pido siempre - La cartilla, la cartilla, la cartilla - entonces, si no me le ha puesto las vacunas, le doy la consulta, la mando a que vaya a aplicar las vacunas - Vaya y aplíquele las vacunas y regresa para darle su receta de leche - pero yo ya vi que el esquemita está completo, es protección para el niño, no es beneficio para mi en ningún momento" (Ent. EMI 3).

"Cuando son niños menores de 1 año, por lo general buscan la leche, vienen por la dotación de leche, claro que nosotros hacemos lo posible porque las señoras, sientan la importancia del programa, del control del niño, nosotros no damos la leche, si el niño no viene, verdad, porque queremos, como el programa lo dice "Control del Niño Sano, hay personas que después del año ya no vienen" (Ent. EMI 4).

"Ése es el interés de la gente, de la mayoría de la gente, la leche, porque la situación económica también, un bote de leche, cuanto cuesta, de 60 a 80 pesos, cuanto te dura para 3 días, la mayoría de la gente viene con la idea, de que es una obligación darles la dotación de la leche, te exigen la leche, te exigen y nos exigen a nosotros, y nosotros no se la vamos a dar, o sea, yo estoy para darle la cita, si se le pasó yo le voy a reprogramar la cita, pero ellas quieren que si se les pasa, pues en ése momento que vienen que la atiendan, no es posible, verdad (Ent. AEMI 1).

"Estando en la consulta entre la asistente y le dice a la EMI, en voz muy baja, casi creo que para que yo no la escuchara, le muestra a la EMI, la tarjeta de citas y le comenta - Esta señora viene y dice que solo le dieron 5 latas, que las otras 5, se las iban a dar hasta que se realizara el examen de DOC - La EMI, toma la cartilla y un pequeño, papel blanco y los guarda bajo los expedientes - Más tarde observé que la asistente entregaba la receta a la señora que aguardaba en la sala de espera" (Nota de campo, 3 abril).

"Llega un señor joven a la recepción como de 23 años y le dice a la asistente -oiga es que mi niña tiene cita, para eso de la leche - y dado a que el señor acució solo la asistente le pregunta - Y la niña ¿dónde esta?- Es que no la traje porque se la llevaron al rancho, pero la mamá me dijo que era sólo venir por la leche a lo que la AEMI, un poco molesta le contesta - ¡Claro que no señor!, aquí no es venir por la leche, tiene que traer a la niña a revisión, y luego si ellas consideran se la van a dar, la leche es solo una ayuda - Ante esto el señor, no dice más y se retira - después la asistente me comenta - ¡Ay!, que gente, yo no se que se creen, que aquí somos lechería (Nota de campo, 19 de mayo de 2004).

Quanto às mães, estas também se colocam frente ao trabalhador de saúde, com a informação e suas necessidades que guiam sua atuação.

"Vine porque al niño le tocaban las leches, ya se le terminaron, me dieron fecha, para que le dieran la leche" (Ent. Mãe 3).

"Lo que pasa que la leche, lo que es la leche en polvo, se la dan únicamente en EMI y entonces por decir, en la consulta, te la consultan a los tres meses y te la mandan a EMI, porque a partir de los 6 meses, te dan la leche, entonces, te hacen la consulta, te checan al niño y te le dan la leche, porque más que nada es este checar el control y que te den la leche" (Ent. Mãe 4).

"En el consultorio 3, pregunté ¿Cuándo le iban a dar la leche?, pues más que nada ése es mi interés verdad, y aparte que lo chequen verdad, pero por la leche pues se la dan a uno verdad" (Ent. Mãe 8).

"Lo traje para que me lo checaran del peso, porque estaba un poquito bajo del peso y aparte por lo de su leche materna, bueno la leche en polvo que le están dando. Aquí al Seguro sólo vengo ahorita, por lo de la leche, porque casi siempre tengo pediatra particular" (Ent. Mãe 12).

"Este chequeo debería de ser cada mes, pero me imagino que es por la leche, te dan 3 dotaciones de 10, y sólo te las dan aquí, en dado momento yo me imagino que si llevo a Emiliano enfermo y oiga Doctor, pues el me las podría dar, pero bueno solo es aquí - ¿Al terminar la dotación de leche seguiría viniendo? - ¡Claro que no!, nada más vienes a recoger enfermedades está todo bien contaminado" (Ent. Mãe 15).

"Solo vengo por la leche (entre risas) y me tarde 1 hora y media, siempre alegan que uno tiene que traer al niño para checarlo, y nada más lo miden, lo pesan, le checan el estómago y le miden la cabeza, ¡ES TODO!, viste que ni me tarde y me dan mis 10 botes de leche, 5 y 5 (comenta mientras me muestra la receta). El control del niño sano, yo aquí en el IMSS, lo veo como venir por la leche. Al principio, yo venía, sobre todo con la primera niña, me dieron mi hoja de lo que le tengo que dar de comer, de las cosas que tengo que tener con la bebé, con la primera, pero ya con la segunda, uno viene más que

nada por la leche, porque tú ya sabes, más o menos y más cuando uno va con su pediatra" (Ent. Mãe 19).

De acordo a com o que se vislumbra nas falas e também como afirma Merhy (1997, 2002), o encontro entre um usuário portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um ao carregar a representação de um dado problema como problema de saúde/necessidade de saúde, o outro também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

"Casi siempre, lo primero, lo primero por lo que vienen, es por la leche, verdad, porque aquí se les va a continuar, eh, se empieza con el médico y aquí se les continúa" (Ent. EMI 1).

"Definitivamente tenemos que ser francas que es la leche, la leche es un ganchito que muchas veces utilizamos para que no nos fallen" (Ent. EMI 2).

"Cuando son niños menores de 1 año, por lo general buscan lo que es la leche, nosotros no damos la leche, si el niño no viene, verdad, porque queremos como el programa lo dice, "Control del Niño Sano", entonces el programa es el "Control del Niño Sano", pero se les da la leche, pero como te digo al principio si es por la leche y hay personas que después del año, pues ya no vienen" (Ent. EMI 4).

"Pues lo de la leche, porque la mayoría de la gente, vienen con la idea de que es una obligación darles la dotación de leche, siendo que es una prestación, nomás por 6 dotaciones, verdad, pero ellas te dicen bueno, bueno la niña tiene 6 meses y hasta el año que le voy a dar, pues lógico que leche verdad, pero es una prestación nada más y ellas llegan y oiga que se me pasó la cita y quiero mi leche, pero es que aquí no es de darte leche, no son vales de la lechería de la CONASUPO, pero porque ellas vienen nada más pues por el interés de la leche, no en sí el desarrollo del bebé (Ent. AEMI 1)

Também se identificou que a entrega da cota do leite fica submetida, pelo lado das enfermeiras, à realização de procedimentos como o exame de colo de útero e administração de vacinas à criança, o que gera nas mães até ansiedade pela decisão que a EMI vai tomar com respeito a providenciar a receita para o leite.

"Algunas señoras se molestan, porque las mandas al examen de cáncer, porque creen, creen que las vas a obligar a que se lo hagan y muchas veces hay algunas compañeras que sí las obligan, les retienen su receta de leche y les dicen - Pues no se la voy a dar hasta que no vaya y se lo haga - y no es así, yo pienso que no es así, pero es la manera en que ellas pueden obligarlas, pero yo pienso que no es obligarla, sino hacerle ver que se lo tiene que hacer, porque se tiene que realizar ése examen, explicarle, porque si tú la obligas, si tú le dices - No le voy a dar la receta, hasta que no vaya y se lo haga - TE VA PEOR - hay más quejas, o sea, quejas es lo que no quieren" (Ent. EMI 1).

"Está es una población cautiva, entonces tenemos, se oye mal, pero a veces las enviamos a DOC - vaya a que se haga su examen de cáncer, señora, ahorita que regrese le doy la receta de leche - las estás condicionando, yo sé que eso no es correcto, yo lo sé, pero también de que manera podemos mandar a la gente, no quieren ir te ponen muchas barreras - Que estoy reglando, no estoy preparada, con quien dejo al niño - Y una bola de situaciones. Detenerles la dotación de leche para que se haga el examen, no es correcto, no es correcto, pero es una estrategia que utilizas para que la señora, también se atienda, de hecho se les dice - Señora, si anda aquí que le cuesta llegar - y pues este sí es difícil, porque incluso con las mismas vacunas, cuando yo tengo una paciente que no me le ha puesto las vacunas a su niño, porque yo les pido siempre - La cartilla, la cartilla, la cartilla - entonces, si no me le han puesto las vacunas, le doy la consulta, la mando a que vaya a aplicar las vacunas - Vaya y aplíquele las vacunas y regresa para darle su receta de leche - pero yo ya vi que el esquemita está completo" (Ent. EMI 3).

"En el consultorio 3, pregunté ¿Cuándo le iban a dar la leche?, pues más que nada ése es mi interés verdad, y aparte que lo chequen verdad, pero por la leche pues se la dan a uno verdad; ¿Pero cuando yo entré la vi a usted con cara de preocupación? Lo que pasa es que se me había olvidado el papel, ése que me pidió ella del Papanicolau, dije yo, si no se lo traje, el papel, el comprobante, pues no me va a dar la leche y por eso me preocupaba, verdad, pues ya no tengo leche, de hecho le estaba comprando porque se le acabó, cuesta 55 pesos y tendría que haberme regresado, por el papel" (Ent. Mãe 8).

"La primera vez me dijeron que me tenía que hacer el examen del cáncer, si no, no me iban a dar la leche, la doctora con la que fui primera me dijo - Si no me trae el examen, no le voy a atender el bebé, y me lo tuve que hacer allí mismo" (Ent. Mãe 21).

Estes dados concordaram com o identificado por Sant'Anna (1995), onde o pessoal da saúde percebeu que as mães comparecem ao serviço por causa da cota do leite, o que foi semelhante com o pessoal de saúde no México.

"Fala do pessoal de saúde de Ribeirão Preto: Falamos para eles que a UBS não é leiteria, que não podem apenas entregar os tíquetes, devem realizar ações de saúde e o controle do estado nutricional".

"Fala do pessoal de saúde do México: Ellas dicen oiga se me pasó la cita y quiero mi leche, pero es que aquí no es de darte leche, no son vales de la lechería, aquí es un control de niño sano" (Ent. AEMI 1).

Considerações finais

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou o processo de trabalho da enfermeira materno infantil, identificando o seus diferentes momentos, ou seja: o sujeito/objeto de atenção do cuidado que é a mãe e seu filho portadores de necessidades; os instrumentos que são os saberes, tecnologias e local do atendimento, necessários para manipular, conhecer e prestar o cuidado; e os agentes de enfermagem que prestam o cuidado à criança sadia menor de 5 anos de idade. Estes momentos conformam o perfil assistencial oferecido aos usuários, mães e crianças de 0 a 5 anos de idade e revelaram a intencionalidade que preside o Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento do menor de 5 anos em uma instituição da seguridade social do México.

Os dados empíricos foram organizados em três temas: configuração institucional, a produção do cuidado e o controle da criança sadia e a interpretação foi sendo construída nesse momento conjunto.

Retoma-se nestas considerações finais, a mesma lógica dos temas procurando apresentar uma síntese dos mesmos, porém agora agregada aos pressupostos da pesquisa, verificando sua confirmação ou não.

Assim o primeiro pressuposto que estabelece: no processo de trabalho da EMI como no trabalho em saúde, estão implicadas as tecnologias duras, leve-duras e leves, mas são as tecnologias leves as que permitem o estabelecimento de um

núcleo do cuidado mãe/filho centrado, que satisfaça as necessidades deste binômio. Identificou-se que as tecnologias estão presentes entendendo como tecnologia o conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção de serviços a rede de relações sociais na qual seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social (Mendes-Gonçalves, 1994).

Portanto, a EMI foi identificada pelas mães como possuidora destes saberes que lhe permitem proporcionar a consulta, mas o trabalho da EMI, esta sendo comandado pelas tecnologias duras, quer dizer, pelos protocolos (normas da atenção). Assim, o trabalho vivo é capturado pelo trabalho morto, pela configuração institucional particularmente relacionada ao tempo disponível para proporcionar a consulta.

As EMI só atendem pacientes que têm consulta marcada com antecedência, sem atender as demandas espontâneas daqueles que perderam seu retorno marcado, por causa das questões climáticas como as chuvas ou atribuídas a outras questões pessoais. O tempo destinado para cada consulta é um fator que atrapalha o trabalho vivo da EMI, mais preocupada em fazer tudo o que tem que ser feito, no tempo disponível para o atendimento, esquecendo-se do acolhimento ao usuário e centrando a produção na realização de procedimentos como verificação de peso, estatura e outros indicadores do guia da normativa pré-estabelecida.

Mas são as tecnologias leves as que permitem o estabelecimento de um núcleo de cuidado mãe-filho centrado, já que as mães perceberam que a confiança para elas colocar suas dúvidas se constrói através da interação, da relação que elas têm com a EMI quando são atendidas, por exemplo, pela mesma enfermeira durante a gravidez.

O segundo pressuposto estabelece: o processo de trabalho da EMI orienta-se

à integralidade da atenção à criança sadia com enfoque na promoção da saúde, prevenção e manutenção da saúde. Verificou-se que o processo de trabalho da EMI está mais orientado à atenção do corpo anátomo-fisiológico, orientado na realização de procedimentos, com informações também orientadas nestes aspectos, de modo rápido e mecânico, portanto este modo de produção não está comprometido com a integralidade, e nem sempre é orientado à promoção da saúde.

Verificou-se, no entanto, que as enfermeiras exercem um espaço de autogoverno no processo de trabalho em saúde e este pode e deve ser utilizado em benefício do binômio mãe/filho, quer dizer, permitir o acolher, a escuta, o respeito, a confiança e a autonomia das mães no cuidado à saúde de seus filhos, confirmando o terceiro pressuposto. Este aspecto foi verificado nas observações e nas entrevistas, evidenciando que a EMI é capaz de exercer este autogoverno, de sair da configuração institucional, de produzir cuidado centrado nas necessidades do paciente, que é facilitado de acordo com as mães, pela interação e pelo vínculo anterior estabelecido com a EMI durante a atenção na gravidez.

Em relação ao quarto pressuposto que estabelece que as mães são sujeito/objeto da atenção e valorizam as tecnologias leve-duras (os saberes) no cuidado da EMI, bem como as tecnologias leves que lhes permitem expressar suas necessidades, temores e ansiedades, foi confirmado, já que as mães disseram que as EMI devem ter conhecimentos atualizados que lhes permitam proporcionar a atenção.

Verificou-se, também, que algumas mães identificam a EMI como doutora, mas isto relacionado ao modo médico da enfermeira de produzir a consulta, muito centrada nos índices de crescimento e desenvolvimento infantil. Portanto, é necessário retomar as concepções teóricas de enfermagem, onde se ressalta à

natureza interpessoal da prática de enfermagem e a necessidade de construir uma nova forma de produzir saúde que permita a construção de um núcleo de cuidado paciente-centrado neste caso mãe/filho centrado (AYRES, 2002; CHINN; KRAMER, 1995; MERHY, 2002).

Relativo às tecnologias leves, as mães trouxeram questões relacionadas ao que Matumoto (1998) identificou como de relações interpessoais, ou seja, no mínimo cumprimentá-las e identificar-se com elas. O acolhimento, a valorização da queixa, a comunicação, foram valorizadas pelas mães como fatores que permitem o cuidado mãe-filho centrado, mas que estavam ausentes na relação enfermeira/mãe.

Particularmente no que se refere ao modo de produção do trabalho da EMI, este pode ser caracterizado como atendimentos que seguem a sistematização dos protocolos (tecnologias leve-duras), só diferenciados pela idade da criança, como atendimentos a menores de 1 ano e a menores de 1 a 4 anos. O perfil assistencial oferecido está centrado na verificação de peso, estatura, perímetros craniano, torácico e abdominal, comparar as medições de peso e estatura como o recomendado nas tabelas do IMSS, avaliar a carteira de vacinas, entregar receita para a cota do leite, registrar os dados no prontuário e encaminhar a mãe para agendar o retorno com a AEMI, assim como encaminhar a criança ao serviço de odontologia preventiva para aplicação de flúor e a medicina preventiva para administração de vacinas caso necessário.

No tocante as atividades desenvolvidas pelas AEMI, estão limitadas a agendar os retornos das crianças ao serviço com diálogos monossilábicos, algumas vezes até inexistentes; a criança que é o objeto da atenção não aparece como eixo condutor das interações.

O pessoal de saúde identificou que seu cliente neste caso a mãe, tem mais

preparo e maiores conhecimentos que lhes permitem proporcionar os cuidados a seus filhos, mas referiram que as mães procuram o serviço da EMI, por causa da cota do leite, o que coloca estes atores sociais um frente ao outro com diferentes necessidades, que geram conflitos. Este desencontro não é aproveitado como um analisador para reflexão do processo de trabalho.

Quanto ao modo de comunicação, este pode ser descrito como orientações precárias e até incompletas, com padrão monossilábico, com um modo rápido de produzir à consulta, até identificado como mecânico pelas mães, que gera confusão na mãe das indicações que lhe são proporcionadas. A EMI realiza anotações no prontuário durante a maior parte do tempo, não olha para as mães, que referiram até sentir-se repreendidas pelas EMI, o que não permite uma interação EMI/mãe, que possibilite que a mãe coloque suas dúvidas, preocupações e necessidades.

Portanto, se conclui que o trabalho vivo é comandado pelo trabalho morto, baseado nos "protocolos de atenção", identificados estes como tecnologia dura e pela configuração institucional, principalmente pelo tempo destinado para a consulta que configuram um atendimento procedimento centrado, o que foi observado nos diferentes momentos do processo de trabalho.

Os fragmentos de falas sobre o Programa de Controle da Criança Sadia proporcionado pela EMI, permitiram determinar como as mães o percebem. Surgiram várias unidades temáticas entre as quais se destacam que as mães consideram o cuidado da criança como realização de procedimentos particularmente verificação de peso e estatura, ter a segurança de que as coisas vão bem com seus filhos, assim como ter um registro do crescimento e desenvolvimento da criança.

Outras mães referiram que para elas o Controle da Criança Sadia se refere a ter acesso a cota do leite, aspecto que apareceu como um orientador/desorientador

do cuidado, que é utilizado pelas EMI como mecanismo de troca para a realização de procedimentos como administração de vacinas e realização do exame de colo uterino. Esta situação já foi documentada por Sannt'Anna (1995) ao estudar a suplementação alimentar no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Finalmente, a configuração institucional mais orientada às tecnologias duras, considera-se de acordo com Matumoto (1998) que para efetivar o trabalho em saúde exige-se, dentre outros elementos, a preparação do ambiente físico enquanto espaço de relações, já que o atendimento representa a aproximação de pessoas, para tentarem solucionar algum problema, condições mínimas de privacidade e conforto tornam-se necessárias. O trabalhador está em constante relação com seu meio, as condições de trabalho tanto podem favorecer quanto dificultar o trabalho, sendo desta forma importante para o acolhimento, na medida em que atuam sobre o trabalhador, especialmente sobre sua disponibilidade.

Identificaram-se condições não favoráveis no local de estudo, os equipamentos e higiene da UMF, assim como da área onde é proporcionada a consulta da EMI, são precários, não se têm equipamentos disponíveis suficientes para fazer as atividades diárias, tais como balança, brinquedos o lápis de cor para avaliar sinais do crescimento e desenvolvimento da criança. Os consultórios são reduzidos e até insuficientes para albergar a mãe e seu filho quando acodem à consulta.

As tecnologias leves como o acolhimento, a escuta; conformam-se no espaço intercessor (de encontro e intervenção trabalhador/usuário, onde ocorre um jogo de interesses (do serviço, dos trabalhadores e dos usuários) expresso na micropolítica do trabalho em saúde, pelo que a produção do cuidado exige a flexibilização das normas e rotinas do serviço, uma vez que seu foco é o usuário e a resolução de

seus problemas.

Os limites dados pela estruturação do trabalho, de alguma forma são necessários e, como tal não devem ser abolidos, porém considerados durante o atendimento, como as tecnologias duras e leve-duras. Este é o embate constante entre o trabalho morto e o trabalho vivo, onde o primeiro tenta capturar o segundo, que não se deixa prender por completo insinuando sempre uma alternativa pela qual possa não se enrijecer (Matumoto, 1998).

Assim como considerado por Morse (1991) ao definir o cuidado como intervenção terapêutica, centrado nas necessidades do paciente que a enfermeira possa satisfazer o que coincide com Matumoto (1998) ao dizer que acolher não significa necessariamente a resolução dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, o que se comunica sem o recurso das palavras, o respeito ao outro, a valorização de suas queixas.

Portanto, de acordo com os objetivos deste estudo os quais foram alcançados, se conclui que a linha de produção do cuidado à criança sadia esta caracterizada com um modo mecânico de produção massificada que não permite a produção do cuidado individualizado, entendendo este como processo de acolhimento, de escuta, de interagir enfermeira/mãe-filho.

Mas acredita-se que existe a possibilidade de uma mudança no modelo de produção, já que a EMI como agente de trabalho é capaz de exercer autogoverno, que lhe possibilita sair do trabalho morto da configuração institucional, um atuar além dos limites impostos pela configuração institucional e pelos outros membros da equipe de saúde, para produzir mais intensamente trabalho vivo, que possibilite a construção de um núcleo de cuidado centrado no usuário, neste caso cuidado mãe/filho-centrado.

Outro aspecto que surgiu como importante foi o modo de conformação da equipe de saúde que de acordo a Peduzzi (2001), identificou-se como equipe agrupamento com comunicação estritamente de caráter pessoal com especificidade no trabalho especializado.

Os resultados do trabalho demonstraram que a EMI faz uma atenção procedimento-centrada o que remete à consideração da autora sobre o que é enfermagem. Enfermagem é um trabalho que propõe-se à satisfação das necessidades trazidas pelo usuário e àquelas necessidades que ela identifica. Para isto tem que atuar com a conformação de tecnologias duras, leve-duras e leves. Mas são as tecnologias leves as que permitem a confiança, a escuta o vínculo e a educação em saúde que faz uma distinção, inclusive, do que é ser enfermeira. Portanto, a enfermeira deve fazer do encontro com o usuário um momento de possibilidades de cuidado centrado nas suas necessidades.

Especificamente no Programa da Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança este encontro é de total magnitude, pois neste espaço intercessor a mãe pode trazer suas dificuldades, preocupações, enfim, suas necessidades no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho, bem como nas questões de educação em saúde e comportamento da criança e relação pais e filhos. Se este espaço intercessor for acolhedor e de cuidado as mães terão confiança e segurança no profissional de saúde, e no caso, na enfermeira.

Assim, considera-se a enfermagem como uma prática social e centrada nas necessidades dos usuários, a qual possui um saber tecnológico, um conhecimento que orienta o processo, mas que produz trabalho em ato, trabalho vivo. Portanto, também é uma prática de relações o que se agrega ao conhecimento científico.

Finalmente o fato da pesquisadora deste trabalho ser enfermeira e também

pertencer ao setor de formação de enfermeiros, lhe confere um compromisso social, ético e político com a qualidade de produção dos serviços de saúde e da formação das enfermeiras. Assim, considera-se que seja oportuno, mediante os resultados do trabalho, apresentar algumas recomendações.

5.1. Recomendações

- Capacitação do pessoal de saúde em processos de cuidado sobre a forma de escuta e acolhimento. Esta capacitação não pode ser pontual, pois capacitações pontuais e descoladas de uma política de educação permanente não impactam a qualidade de assistência e a transformação do processo de trabalho. A política de educação permanente na saúde deve articular o ensino formal, com a gestão da política de saúde, os trabalhadores dos serviços de saúde e os usuários, ou seja, deve estar centrada no processo de trabalho em saúde. Nos processos de educação permanente é necessário que se interrogue constantemente, quais os problemas que cada serviço de saúde apresenta.
- Embora as normas e rotinas do serviço sejam necessárias, recomenda-se que estas sejam aplicadas de forma flexível, que permitam sair da configuração institucional com a construção de um núcleo de cuidado paciente centrado, no trabalho vivo, nas tecnologias leves.
- Trabalhar com a equipe de saúde para permitir a construção de uma equipe integração, com comunicação concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe, onde se destaca a elaboração conjunta de linguagem comum, objetivos comuns, propostas comuns, um projeto assistencial comum construído por meio da intrincada relação entre execução

de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais, de modo que permita uma comunicação no benefício das mães e seus filhos.

- Propor um modo de organização assistencial que permita um atendimento continuado da mãe desde a gravidez e a atenção posterior a seu filho, para possibilitar a interação EMI/mãe-filho baseada na confiança.
- Reconhecer o sentido da integralidade nas práticas de saúde que possibilite que as EMI mediante seu exercício do autogoverno proponham práticas para produzir o cuidado de enfermagem considerando a possibilidade de atendimentos sem agendamento – livre demanda – e atendimentos grupais diferenciados de acordo a idade das crianças o mesmo agendamentos alternados, mulheres grávidas e crianças.
- Estimular que a EMI, bem como a equipe de saúde, analisem seu processo de trabalho para possibilitar modelos alternativos de produzir saúde.
- Reconsiderar os princípios da longitudinalidade, que no contexto da atenção primária é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A essência da longitudinalidade (ALPERT; CHARNEY, 1977 apud STARFIELD, 2002, p.248) é uma relação pessoal ao longo do tempo. Por intermédio desta relação os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo. Assim como a integralidade que exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.
- Reconhecer o benefício da coordenação da atenção, já que sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria

dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, como atualmente ocorre na UMF. Entendendo coordenação como um esforço para conduzir as ações em uma direção comum, tendo como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

- Finalmente reconhecendo como necessário um equilíbrio entre as tecnologias duras, leve-duras e leves, priorizando as leves, ou seja, construir espaços de intersubjetividades, para se produzir um atendimento com qualidade que é também um dos princípios da atenção primária e um dos objetivos da reforma dos serviços de saúde no México. É necessário apresentar propostas para o melhoramento da área física e aquisição de materiais e equipamentos para Programa de Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento da Criança, pois isto determina qualidade de assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. **O Trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. Rede Básica de Ribeirão Preto.** 1991. 297 p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA M. Considerações sobre enfermagem enquanto trabalho. In. ALMEIDA, C.; ROCHA, M. (orgs). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2ª.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P.; FORTUNA, M.; MISHIMA, S.; CRACO, P. O Sistema único de saúde clama por trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde. In: Seminário "Os estudantes universitários da área de saúde e o SUS". Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, realizado no período de 12 a 14 de junho de 2003, Brasília, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: SAEKI, T.; SOUSA, M. C. B. (Org.) **Cuidar: tão longe...tão perto.** Ribeirão Preto/USP-USP CNPq, 2002. p. 13-26.

BARAJAS, M. E. **Manual de la clínica del niño sano:** Clínica Nova. Monterrey, N.L. México, 1992.

BETHELL, C.; PECK, C.; SCHOR, E. Assessing Health System Provision of Well Child Care: the promoting healthy development survey. **Pediatrics.** Portland Oregon, U.S.A. Maio, 2001, v.107, n.5, p. 1084-94.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, maio – ago 2002, v. 2, n.2, p.193-196.

_____. *. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** educação permanente em saúde como noção estratégica na formação e desenvolvimento para o SUS. Brasília - DF, 2004, p. 9 - 14.

BUSEY, S.; SCHUM, T.; MEURER, J. Parental Perceptions of Well-child care visits in an inner city clinic. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.** Milwaukee, U.S.A. Jan. 2002, v.156, n.1, p. 62-6.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. *. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em saúde um desafio para o público.** 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, v. 9, n. 1. p. 139-146.
- CARDENAS, L.; SÁNCHEZ, M.; ZAMORA, A.; DÍAZ, R. Educación y práctica de enfermería en México, 2004. (Memeografado).
- CARVALHO, S. E. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago. 2004.
- CASTRILLON, M.C. **La dimensión social de la práctica de enfermería**. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 1997.
- CASTRO, R. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Brasil, 2003. v. 8, n. 1, p. 47-62,.
- CEPAL; UNICEF; CECIB. **Construir equidad desde la infancia y la adolescencia**. Chile, 2001. 194p.
- DAVIES, A. R., WARE, J. E. Involving consumers in quality of care assessment. **Health Affairs**, U.S.A. 1988, p. 33-48.
- DINKEVICH, E.; OZHUA, P. Well-child care: effectiveness of current recommendations. **Clinical Pediatrics**, U.S.A. Maio, 2002, v. 41, n. 4, p. 211-217.
- EDOUARD, L. Reform of well-baby services. **Canadian family physician**, 1997, v. 43, p. 1195-1196.
- FEKETE, M. C. Texto de apoio da Unidade I. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. **Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997, p. 114-120.
- FLORES, Y. P. Factores que influyen en la participación del personal de enfermería en la educación continua. 1999. 159f. Tese (Mestrado em Enfermagem). Universidad Autónoma de Nuevo León. México, 1999.
- FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Grall, 1979. Biblioteca de Filosofia e História das Ciências.
- FORTUNA, C. M. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- FRANCO, B.; BUENO, W.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES, H.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.; BUENO, W. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRENK, J. **Hacia la reforma del sistema de salud**: una propuesta estratégica. Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994. Serie (12).

FRENK, J. et al. Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. **Atención a la Salud en América y el Caribe en el Siglo XXI**. In: Institute for Alternative Futures y FUNSALUD. México, 1998. p. 119-155.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 3ª. ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Editora Record, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6ª. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

HEMMELGRAN, B.R. et al. Duplication of Well-Baby Services. **Canadian Journal of Public Health**, Canadá, maio-junho, 1992, vol. 83, n. 3, p. 217-220.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **Paquete modular de capacitación para enfermeras en la atención materno infantil**. México, 1992.

_____. *. **Guía técnica de apoyo para la enfermera materno infantil en la vigilancia del menor de 5 años**. México, octubre, 1998a. 66 p.

_____. *. **Normatividad en salud infantil**: manual de procedimientos para la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años. México, 1998b. 84 p.

_____. *. **Guía para el cuidado del niño menor a 10 años**. Dirección de Prestaciones Médicas. México, 2002. Disponible em: <<http://www.imss.gob.mx>>. Acceso: 12 sep. 2003a.

_____. *. **¿Qué es PREVENIMSS?**. Dirección de Prestaciones Médicas, México, 2002. Disponible em: <<http://www.imss.gob.mx>>. Acceso: 12 sep. 2003b.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. **Anuario Estadístico Nuevo León**. Nuevo León: Gobierno del Estado, 2001.

_____. *. **Tabulados Básicos**: XII Censo General de Población y Vivienda, México, 2000.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (Eds) **Nursing outcomes classification**. Iowa Outcomes Project. (2ª. ed.). St. Louis, Missouri, EE.UU.: Mosby, Inc. 2000.

KAMADA, I. **Assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal**. 2002. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LIMA, R. G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral**. 1996. 258f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MARTINEZ, M. et al. **Sociología de una Profesión: el caso de enfermería**. México: Centro de Estudios Educativos, 1985.

MARTINEZ, M. et al. **Sociología de una Profesión: el caso de enfermería**. 2da. ed. México: Centro de Estudios Educativos, 1993.

MATOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade básica de saúde**. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELLO, D. F. **O Cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. 1998. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Mimeografado, 1988.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologias e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. A crise da saúde e as reformas do setor. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 15-55.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde um desafio para o público**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. *. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.; NOGUEIRA, F. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, 1991, n.33, p. 83-89,.

MÉXICO. SECRETARÍA DE SAUDE. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**, México, 1987.

_____. *. **Norma oficial mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente**. México, 1994. p 57.

_____. *. **Plan Rector de Enfermería 2001-2006**. México, 2001a.

_____. *. **Programa Nacional de Salud, 2001-2006**, 1ª. Ed. México, 2001b.

MINAYO, S.M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 269 p.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida, C.; Rocha, M. (Orgs). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. *. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde –o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. 153 p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MORSE, M. et al. Comparative analysis of conceptualization and theories of caring. **Journal of Nursing Scholarsip**. USA, 1991, v. 23, n. 2, p. 119-126.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, set-dez, 2002, v. 26, n. 62, p. 249-258.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALÚD. **Salud de los niños y de los adolescentes**, Informe de la Secretaría, Consejo Ejecutivo, 109ª. reunión, 2001.

_____. *. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986**. Disponible en <<http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/promo-salud/download/ottawa.pdf>>. Acesso: 12 sep. 2003.

PALMER, S.. Definitions of efficiency. **British Medical Journal**, 1999, [en red] disponível em <http://www.findarticles.com>

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: Seminário "O enfermeiro no Programa de Saúde da Família". Secretaria de Estado de Saúde. 9 a 11 de novembro de 2000. São Paulo, 2000.

_____. *. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, fev. 2001, v. 35, n. 1.

POWELL, L. BURMAN, M. Benefits and Barriers to Well-Child Care: Perceptions of Mothers in a Rural State. **Public Health Nursing**. Wyoming, U.S.A. junho, 1998, v. 15, n. 3, p. 180-187.

RAMIREZ, T., NÁJERA, P., NIGENDA, G. Percepción de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios. **Revista de Salud Pública de México**, México, 1998, v. 40, p. 3-12.

RAMOS, D. D. & Lima, M. A. D. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jan-fev, 2003, v. 19, n. 1, p. 27-34..

REY, F.G. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. São Paulo: Editora da PUC-SP, 1997.

RIMOLI, J. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência na gestão. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES, H.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.; BUENO, W. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

RISSER, N. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. **Nursing Research**. USA, 1975, v. 24, n. 1, p. 45-52.

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

_____. *. **O processo de trabalho e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. 1990. 174f. Tese de livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 1990.

SANT'ANNA, S. C. **A Suplementação Alimentar nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto**. 1995. 105p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SCHWIRIAN, P. Professions and the Professionalization on Nursing. In: **Professionalization of Nursing Current Issues and Trends**. Part. II: A Knowledge Base for Nursing: a work in progress. 3ª. USA: Lippincot, 1998, p.3-30.

SWANSON, J. M.; CHAPMAN, L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativo con enfoque cualitativo. In: **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Morse, J. (ed). Tradução Eva Zimermann, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2003, 436p. Tradução de: Critical issues in qualitative research methods.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, 2002, edição brasileira. Original: Primary Care: balancing health needs, services and technology. Oxford University Press, Inc. New York, USA, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

VEGA-VEGA, Genaro. Evaluación de la Atención Materno-Infantil en Cinco Unidades de Medicina Familiar. **Revista de Salud Pública de México**. México. Mayo-Junio, 1993, v. 35, n. 3.

ANEXO I

NORMATIVA EM SAÚDE INFANTIL, IMSS (1998)

ATIVIDADES DOS AGENTES DE SAÚDE NA VIGILÂNCIA DA NUTRIÇÃO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO MENOR DE 5 ANOS

- 1) Assistente Médica do Médico Familiar
 - Recibe ao menor de 5 anos
 - Promove as vantagens da Vigilância da Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento
 - Controla a comparecência as consultas
 - Na primeira consulta elabora cartilha de vigilância e controle da comparecência à consulta.
- 2) Médico Familiar
 - Outorga a atenção médica integral, tomando como eixo a vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento do menor de cinco anos.
 - Identifica e avalia fatores de risco.
 - Solicita e avalia exames de laboratório e raios X.
 - Encaminha ao menor ao serviço de medicina preventiva, odontologia, nutrição e com a EMI a todos os menores de 5 anos.
 - Vigila e controla a nutrição, crescimento e desenvolvimento das crianças de sua população asignada.
 - Registra no prontuário os resultados do interrogatório, examen físico, diagnóstico que inclua a nutrição, crescimento e desenvolvimento, tratamento e pronóstico.
 - Orientação nutricional.
 - Encaminha à criança no caso necessário com a nutricionista.
 - Promove e vigila os esquemas completos de vacinas de acordo ao grupo de idade.
 - Encaminha com a EMI aos menores de 5 anos para orientação e educação higiênica e nutricional.
 - Capacitação à mãe o responsável do menor para o manejo do caso.
 - Promove os benefícios da lactância materna exclusiva.
 - Proporciona instruções específicas da alimentação de segundo a idade da criança.
 - Registra as atividades.
 - Outorga cita a criança para a vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento de acordo ao esquema estabelecido.
- 3) Assistente Médica da Enfermeira Materno-Infantil
 - Recibe ao menor
 - Promove as vantagens do controle da vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento, do menor de 5 anos.
 - Participa no controle dos retornos que outorga a EMI.
- 4) Assistente Médica da Enfermeira Materno-Infantil (de não existir a EMI)
 - Orienta à mãe e familiar em condutas que favoreçam a nutrição, crescimento e desenvolvimento da criança.

-
- Promove ações de estimulação temprana
 - Atualiza os registros da vigilância e controle das citas médicas
 - Registra data e hora da próxima cita
 - Solicita os prontuários ao arquivo
 - Encaminha com a enfermeira materno infantil, à criança e familiar
- 5) Enfermeira da Atenção Materno-Infantil
- Outorga a vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento ao menor de cinco anos
 - Detecta os fatores de risco e sinais e sintomas de alarme
 - Cumpre as indicações do médico familiar
 - Educa à mãe o familiar responsável para lograr hábitos e condutas favoráveis
 - Encaminha ao menor a odontologia e medicina preventiva para promoção e proteção específica
 - Encaminha ao menor com o médico familiar se detecta sinais e sintomas de alarme.
 - Recebe aos menores encaminhados pelo médico familiar
 - Identifica e dá seguimento ao estado de nutrição, crescimento e desenvolvimento do menor.
 - Encaminha ao médico familiar ao menor de 5 anos, se identifica fatores de risco relacionados a desnutrição ou má nutrição.
 - Orienta e educa à mãe ou familiar para diminuir e controlar os fatores de risco e para desenvolver condutas ou hábitos favoráveis.
 - Verifica a técnica de alimentação ao seio materno, orienta para o início da ablactação.
 - Encaminha às crianças com o odontologista
 - Encaminha às crianças com o pessoal de medicina preventiva para o início e completar o esquema básico de vacinas.
 - Encaminha às crianças com o médico ao detectar sinais e sintomas de alarme
 - Proporciona a familiar receita pela quota de leite
 - Registra no prontuário
 - Solicita cita de retorno e comunica as ausências.
 - Cita ao menor segundo esquema estabelecido.
 - Orienta à mãe ou familiar no desenvolvimento e condutas favoráveis ao desenvolvimento.
 - Promove ações de estimulação temprana e desenvolvimento psicomotor.
- 6) Assistente social
- Informa e orienta sobre as vantagens da vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento
 - Realiza atividades de promoção e educação para a saúde à mãe ou familiar do menor de cinco anos.
 - Detecta mediante entrevista necessidades de educação e as incorpora aos grupos educativos.
 - Planeja e coordena as sessões educativas.
 - Estimula para a comparecimento à vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento
 - Educação e conselho.

- Recebe a notificação das crianças que não acuderam a sua cita com o médico e enfermeira.
- Realiza re-conquista preferentemente dos casos de risco.
- Investiga as causas de ausência.

GUIA TECNICO PARA A NUTRIÇÃO DO MENOR DE 5 ANOS

- Tomar como referência a determinação de peso e estatura
- Detecção do estado nutricional
- O diagnóstico do estado nutricional do menor deve ser realizado pelo médico familiar
- Se a EMI detecta alterações na somatometria, deve encaminhar ao paciente com o médico familiar.
- Medição de peso e estatura em forma seqüencial
- Avaliar à criança conforme ao seguinte esquema:
 - No primeiro ano de vida, a cada 2 meses
 - De 1 a 2 anos, a cada 3 meses
 - De 2 a 3 anos, a cada 4 meses
 - De 3 a 5 anos, a cada 6 meses

DESNUTRIÇÃO: Diminuição na ganância do peso corporal, como primeira manifestação objetiva da desnutrição, observar a relação peso, estatura e idade.

DESNUTRIÇÃO LEVE: Perda de peso em mais de -1 e até -2 , desviações estándar.

Se é detectado pelo médico, é necessário encaminhá-lo com a EMI para educação para a saúde.

DESNUTRIÇÃO MODERADA: Perda de peso corporal em mais de -2 e até -3 , desviações estándar.

DESNUTRIÇÃO GRAVE: Perda de peso corporal de -3 desviações estándar.

CRIANÇA GRANDE PARA A IDADE: Peso e estatura com $+1$ e até $+3$ desviações estándar, encaminhá-lo com a EMI para educação em saúde.

OBESIDADE: Alteração da nutrição pela ingesta exagerada o desequilibrada de nutrientes principalmente gorduras e hidratos de carbono. A criança sobrepasa a média de peso para sua idade em mais de 3 *DE*.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Linha de ação e orientação nutricional como estratégia que proporciona informações sobre a nutrição e higiene dos alimentos que precisa o menor de 5 anos.

A educação para a saúde a proporciona: O médico familiar, enfermeira materno infantil, assistente social, nutricionista.

Incrementar os conhecimentos das mães e familiares responsáveis da criança para criar o mudar hábitos alimentícios e proporcionar aos menores a alimentação que

requerem de acordo à etapa do crescimento e desenvolvimento na que se ubicam.

GUIA TECNICO PARA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DO MENOR DE 5 ANOS

A Norma Oficial Mexicana e o Guia Técnico do IMSS, baseam-se na utilização de padrões de referência do National Center Health Statistics (NCHS).

Assistente médica de consultório
Enfermera materno infantil
Médico familiar

Material: Balança pesa-bebé
 Fita métrica
 Balança com aditamento para tomada de estatura

As balanças deverão ser calibradas periodicamente, a fim de evitar variações nas determinações que se realizam, é recomendável que o equipo não seja mobilizado para evitar descalibração.

Material: Fita métrica com escala decimal.

Cada consultório deverá ter uma tabela onde se expressem os parâmetros de referência do NCHS, preferentemente em desviações estándar para permitir o cálculo da condição do crescimento.

É conveniente explicar o procedimento

A medição de peso e estatura devera realizar-se em cada consulta que outorge o Médico Familiar ou nas atenções que proporcione a Enfermera Materno Infantil.

Medição do peso, menor de 2 anos

- Utilizar a balança infantil.
- Colocar uma toalha de papel sobre a mesma e nivelar-la
- Colocar à criança sobre a balança prévio ao retiro total das roupas, incluindo a fralda (desnudo) e proteger de caídas.
- Realizar a medição de peso
- Registrar o peso em kilos e gramas

Verificação de estatura criança menor de 2 anos

- Realizar o procedimento utilizando fita métrica, sobre uma superfície plana o com colchonete.
- Posicionar à criança com a cabeça onde inicia a escala.
- Solicitar o apoio da mãe o familiar para manter a posição, não flexão dos joelhos, pés em ângulo reto.
- Registrar a longitude em centímetros e milímetros.

A EMI, ao detectar anormalidade na condição do crescimento do menor de cinco anos deverá encaminhar ao paciente com o médico familiar quem definirá a conduta a seguir.

GUIA TECNICO PARA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO MENOR DE 5 ANOS

Adotam-se os critérios da Norma Oficial Mexicana, publicada em 14 de abril de 1994, onde se empregam os critérios para a avaliação evolutiva da conduta elaborados por Frankenburg, W; Gessel, A.; Illingworth, R.C.; y Boyd, R.D. e adaptados pelo Centro Latinoamericano de Perinatología e Desenvolvimento Humano (CLAP).

Para avaliar o desenvolvimento em crianças pre-termo é necessário empregar a idade corrigida e não a cronológica.

O processo de avaliação do desenvolvimento do menor de 5 anos é responsabilidade do médico familiar. A EMI é quem mediante as ações educativas proporcionará apoio durante a vigilância da nutrição, crescimento e desenvolvimento.

- O médico familiar e a EMI têm o guia técnico para avaliar o desenvolvimento e para contrastar as condutas observadas no paciente de acordo aos critérios para cada idade.
- Na consulta da criança menor de 5 años que outorga o médico familiar e na atenção que proporciona a EMI, se deverá avaliar o desenvolvimento do menor de 5 anos aos critérios estabelecidos.

Se exploram quatro áreas: Linguagem, social, coordenação e motora.

Em cada exame deverá estar presente à mãe ou o familiar responsável, informar do procedimento e explicar ao momento que se explora à criança.

Indicadores de referência à consulta especializada

- Ausência de logros às idades que na maioria das crianças estejam presentes
- Lenta aquisição de novos logros
- Falta de progresso em períodos prudentes de tempo e de acordo à idade cronológica.

Quando a EMI detecta alguma anormalidade no desenvolvimento deve enviar à criança com o médico familiar para sua avaliação e plan de manejo.

Educação à população: Desenvolver habilidades e destrezas, assim como a modificação de hábitos e costumes que lhe permitam cuidar sua saúde e da criança menores de cinco anos; além das ações de proteção específica através da aplicação de vacinas. Ações intensivas de educação para a saúde.

EMI outorga atenção aos retornos de crianças menores de 5 anos, prévia avaliação médica, através do processo educativo e em conjunto com a mãe ou familiar responsável realiza um plan de ação que favoreça a nutrição, crescimento e desenvolvimento avaliando os resultados, com uma mudança na conduta e melhores condições na saúde do infante.

Ações com o propósito:

- Conservar o estado de saúde dos menores de 5 anos
- Detecção dos fatores de risco, sinais e sintomas de alarme
- Proporcionar orientação e educação à mãe ou familiar responsável do cuidado da saúde do menor
- Encaminhar ao médico familiar os menores com fatores de risco e/ou sinais e sintomas de alarme.

Sinais e sintomas de alarme no primeiro ano de vida

- Peso corporal y/o estatura/longitude inferior o superior a -2 desviações estándar, às cifras das tabelas de referência.
- Retraso psicomotor nas diferentes áreas
- Mais de três infecções repetidas em seis meses: diarreicas, respiratórias agudas, entre outras.
- Palidez de mucosas e tegumentos.
- Letargo, sonolência, irritabilidade, choro débil o inconsolável.
- Agitação.
- Rigidez muscular total o parcial.

ANEXO B - Organograma da unidade de medicina familiar

ANEXO C - Guia de observação do processo de trabalho da enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia

Data _____

Hora de início do atendimento _____

Hora de termo do atendimento _____

I.- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Idade da criança _____

Consulta de Primeira Vez _____

Retorno _____

II.- AÇÕES REALIZADAS NO ATENDIMENTO

1.- Procedimentos realizados e como foram realizados?

2.- Ações que o trabalhador realiza orientadas ao cuidado

3.- Quais foram os instrumentos de trabalho utilizados?

4.- Diálogos literais entre o pessoal de saúde e ou usuário mãe/filho

ANEXO D – Guia de observação do processo de trabalho da assistente medica
enfermeira materno infantil no cuidado à criança sadia

I.- AÇÕES REALIZADAS NO ATENDIMENTO

1.- Atividades realizados e como foram realizadas?

2.- Ações que o trabalhador realiza orientadas ao cuidado

3.- Quais foram os instrumentos de trabalho utilizados?

4.- Diálogos literais entre o pessoal de saúde e ou usuário mãe/filho

ANEXO E - Guia de entrevista para a enfermeira materno infantil

Data da Entrevista _____

Hora de início da entrevista _____ Hora de termo da entrevista _____

Chave do pessoal entrevistado _____

I.- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Antiguidade no IMSS _____ Tempo de trabalho como EMI _____

Preparação Acadêmica _____ Categoria _____

II.- PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1.- Quais são as atividades que você realiza neste trabalho

2.- Qual é a contribuição de seu trabalho?

3.- Como você identifica a população que atende?

4.- Qual é a atividade mais importante que você realiza

5.- Porque as mães procuram esta atenção?

ANEXO F - Guia de entrevista para a assistente medica da enfermeira materno infantil

Data da Entrevista _____

Hora de início da entrevista _____ Hora de termo da entrevista _____

Chave do pessoal entrevistado _____

I.- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Antiguidade no IMSS _____ Tempo de trabalho como EMI _____

Preparação Acadêmica _____ Categoria _____

II.- PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1.- Quais são as atividades que você realiza neste trabalho?

2.- Qual é a contribuição de seu trabalho?

3.- Descreva as características da população que atende

4.- Qual é a atividade mais importante que você realiza?

5.- Porque as mães procuram a atenção que aqui se oferece

ANEXO G - Guia de entrevista para a mãe da criança que comparece à consulta da EMI

Data: _____

Número de Entrevista: _____

Hora de início da entrevista: _____

Hora de termo: _____

I.- DATOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MÃE QUE COMPARECE COM SEU FILHO À CONSULTA COM A ENFERMEIRA MATERNO INFANTIL

a) Idade em anos da mãe _____

b) Escolaridade da mãe _____

c) Ocupação _____

d) Estado civil _____

e) Tempo em minutos que aguardou na sala de espera prévio ao atendimento da EMI _____

f) Número de filhos _____

II.- DATOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

a) Idade _____

b) Sexo _____

c) Lugar que ocupa na família _____

d) Tipo de consulta, Primeira vez _____ Retorno _____

II.- PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1.- Qual foi o motivo da consulta?

2.- Quais foram as atividades que realizou o pessoal que lhe atendeu?

3.- Como considera a atenção que lhe proporcionaram?

4.- Que é para você o cuidado da criança sadia?

ANEXO H - Formato de autorização para desenvolver a pesquisa

ANEXO I - Instrumento de consentimento livre informado para o pessoal de saúde

Pela forma presente eu _____
desejo expressar minha vontade de participar livremente com a estudante de doutorado Yolanda Flores Peña, na realização de seu trabalho de investigação titulado O Processo de Trabalho da Enfermeira Materno Infantil, que tem como objetivo estudar o cuidado de enfermagem à criança sadia menor de 5 anos.

Assim mesmo, comunico que me informou dos objetivos da presente investigação e de que a informação que fosse obtida só será utilizada para questões acadêmicas e será tratada de forma confidencial, pelo qual não serei identificada. Minha participação consiste em permitir a presença do investigador durante a realização de meu trabalho na atenção as crianças menores de 5 anos e participar na realização de uma entrevista que será gravada em uma fita cassete.

Também tem se informado que é possível suspender minha participação no caso de que assim eu decida, sem sanção ou pressão alguma, exposto o anterior aceito participar livremente.

ASSINATURA E DATA

ANEXO J - Instrumento de consentimento livre informado para a mãe do menor que comparece à consulta da EMI, entrevista realizada na unidade de medicina familiar

Pela forma presente eu _____
desejo expressar minha vontade de participar livremente com a estudante de doutorado Yolanda Flores Peña, na realização de seu trabalho de investigação titulado O Processo de Trabalho da Enfermeira Materno Infantil, que tem como objetivo estudar o cuidado de enfermagem à criança sadia menor de 5 anos.

Assim mesmo, comunico que me informou os objetivos da presente investigação e que a informação que fosse obtida só será utilizada para questões acadêmicas e será tratada de forma confidencial, pelo qual não preciso proporcionar meu número de filiação e não seré identificada. Minha participação consiste em permitir que o investigador me pergunte como foi que eu achei à atenção que meu filho e eu, recebemos na consulta das crianças menores de 5 anos e permitir que a conversa seja gravada em uma fita cassete.

Também se me informou que é possível suspender minha participação no caso de que assim eu decida, sem sanção o pressão alguma, exposto o anterior aceito participar livremente.

ASSINATURA E DATA

ANEXO K - Instrumento de consentimento livre informado para a mãe do menor que comparece à consulta da EMI, entrevista realizada no domicílio

Pela forma presente eu _____
desejo expressar minha vontade de participar livremente com a estudante de doutorado Yolanda Flores Peña, na realização de seu trabalho de investigação titulado O Processo de Trabalho da Enfermeira Materno Infantil, que tem como objetivo estudar o cuidado de enfermagem à criança sadia menor de 5 anos.

Assim mesmo, comunico que me informou os objetivos da presente investigação e que a informação que fosse obtida só será utilizada para questões acadêmicas e será tratada de forma confidencial, pelo qual não preciso proporcionar meu número de filiação e não seré identificada. Minha participação consiste em permitir a visita do investigador em meu domicílio, na hora e dia que concordemos, para que me perguntas como achei a atenção que meu filho e eu recebemos hoje, na consulta das crianças menores de 5 anos e permitir que a conversa seja gravada em uma fita cassete.

Também se me informou que é possível suspender minha participação no caso de que assim eu decida, sem sanção o pressão alguma, exposto o anterior aceito participar livremente.

ASSINATURA E DATA