**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÍVIA KEISMANAS DE ÁVILA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

**SÃO PAULO
2009**

LÍVIA KEISMANAS DE ÁVILA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DAS
AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de Concentração:

Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Anna Maria Chiesa

SÃO PAULO

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ávila, Livia Keismanas de.

A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo. / Livia Keismanas de Ávila. – São Paulo, 2009.

139 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Anna Maria Chiesa.

1. Promoção da saúde 2. Saúde da criança 3. Enfermagem em saúde comunitária 4. Planejamento em saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Livia Keismanas de Ávila

Título: A Promoção da Saúde na Organização das Ações de Enfermagem em Saúde da Criança no município de São Paulo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Anna Maria Chiesa, pela possibilidade de me conduzir com paciência e doçura na conclusão deste trabalho. Minha gratidão por proporcionar novas descobertas no campo da Saúde coletiva, em especial, na Promoção da Saúde.

À Professora Doutora Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, pelas contribuições para o delineamento do objeto de estudo e metodologia.

À Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracolli, pela possibilidade de compartilhar conhecimento e aprendizagem.

Aos meus amigos e familiares que me forneceram suporte nos momentos difíceis.

À aluna de graduação Erika Assis por contribuir plenamente no momento de sistematização dos dados e ampliar as possibilidades de discussões em relação ao objeto de estudo.

Aos profissionais enfermeiros, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, pela paciência e contribuição para os avanços do conhecimento em promoção da saúde da criança.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, pela possibilidade de compartilharmos experiências enriquecedoras.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva e do Grupo de Pesquisa Modelos Tecnoassistenciais em Saúde e a Promoção da Saúde.

Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP, pela atenção.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva pela disposição constante e carinho nesta trajetória.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo crescimento conjunto.

Muito Obrigada!

“Se as portas da percepção fossem destrancadas, tudo se mostraria ao homem tal qual é: infinito”.

William Blake (1757-1827)

Ávila LK. A Promoção da Saúde na Organização das Ações de Enfermagem em Saúde da Criança no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Um dos desafios da Enfermagem em Saúde Coletiva, na realidade de atuação da atenção primária, é incorporar o conceito de geração como categoria para identificação de necessidades e organização das práticas em saúde, sobretudo as relacionadas a assistência da criança na perspectiva da integralidade e maior resolubilidade. A incorporação da Promoção da Saúde, no planejamento das práticas na atenção primária, pode contribuir para a melhoria das mesmas, na medida em que amplia o objeto da doença para as necessidades de saúde dos grupos, contribuindo na superação da ênfase curativista. Assim, torna-se necessário reconhecer as práticas e concepções dos enfermeiros inseridos na atenção primária à saúde sobre a Promoção da Saúde. Este estudo analisou a abordagem das intervenções preconizadas em documentos oficiais, por meio das principais ações e atividades normatizadas e identificou as ações em saúde da criança a partir da percepção dos profissionais enfermeiros dos programas assistenciais. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético a partir da análise documental das proposições em saúde da criança do município de São Paulo e entrevistas semiestruturadas com enfermeiros da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. A análise documental incidiu sobre três documentos, nos quais foi realizado um levantamento sobre os principais focos de ação a que se destina e analisados a partir do esquema referencial de Labonte (1996). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com onze enfermeiros, lotados em unidades básicas de saúde tradicionais, unidades de saúde da família e em unidade básica de saúde mista; sistematizadas a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e analisadas por meio do referencial da hermenêutica-dialética. Os resultados da análise documental indicam uma importância maior da dimensão física sobre outras dimensões e interfaces

da Promoção da Saúde. A análise das entrevistas indica que o conceito de Promoção da Saúde é traduzido por ações preventivas direcionadas aos agravos específicos, aos grupos de risco e à transformação de estilos de vida. Esta indefinição acarreta outras dificuldades para avaliação e superação de problemas, restringindo o alcance da promoção da saúde na prática destes profissionais. As práticas relatadas são estruturadas a partir dos programas assistenciais preconizados pelo Estado, destacando-se as atividades de vigilância epidemiológica como eixo indissociável. No entanto, a estruturação de ações direcionadas ao conceito ampliado de Promoção da Saúde, deveria contemplar ações intersetoriais e voltadas para o comportamento individual, bem como o fortalecimento do indivíduo como ator social. Conclui-se que a organização das ações em saúde da criança na atenção primária se aproxima da concepção do modelo *tradicional-funcionalista* de Caplan (1993), na qual a origem dos problemas de saúde são hábitos e estilos de vida incorretos. Porém, ao incorporarmos a categoria geração no planejamento das práticas de enfermagem, a assistência à saúde da criança poderia ter seu eixo modificado para a perspectiva promocional e preventiva, sem excluir a atenção individual e curativa, de modo que a criança seja vista inserida em um ambiente familiar e comunitário.

Palavras Chave: saúde da criança, promoção da saúde, atenção primária à saúde.

Ávila LK. Health Promotion in organization the nursing practice at child health at São Paulo city [thesis]. São Paulo: Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Public Health Nursing's challenge when working in primary health care is to incorporate the concept of generation as a category to identify needs and contribute to the organization of the health practices, mainly the ones in terms of child assistance on the perspective of integrality and bigger solvability. The incorporation of Health Promotion in the planning of practices in primary health care can contribute to health services' improvement since it expands the object of the disease to the health needs of the groups. For this reason, it is necessary to recognize primary health care nursing's practices and conceptions related to Health Promotion. This study analyzed the recommended intervention approaches in official documents through the main actions and normalized activities and identified the actions in child health from the perception of professional nurses from assistance programs. It was done a qualitative research based on historical and dialectical materialism from the documentary analysis of child care propositions in the city of São Paulo and semi-structured interviews with nurses from the Butantã Health Technical Supervision. The documentary analysis focused on three documents in which was carried out a survey about the main points of action that it is designated and analyzed according to Labonte's (1996) referential scheme. The semi-structured interviews were performed with eleven nurses, from traditional primary care units, family health units and mixed primary care unit, organized according to the Collective Subject Discourse methodology and analyzed through the hermeneutic-dialectic reference. The documentary analysis results suggest a greater importance of the physical dimension compared to the other dimensions and interfaces of Health Promotion. The interviews analyses indicate that the Health Promotion concept is understood as preventive actions aiming at specific worsening and risk groups and the life style transformation. This vagueness leads to other difficulties in assessing and overcoming problems, restricting

professionals to obtain Health Promotion in their practice. The primary health care mentioned practices rely on the assistance programs recommended by the State, standing out the epidemiological surveillance activities, which are an essential pivot. However, the structuring of the actions directed to the extended concept of Health Promotion should embrace actions between sections and directed at the individual behavior, as well as to strengthen the person as a social performer. We conclude that the organization of the actions in child health in primary health care is close to the conception of Caplan's (1993) traditional-functionalist model, in which health problems' sources are incorrect habits and life style. However, when the generation category is incorporated in the nursing practices planning, child health assistance can have its main point changed to the promotional and preventive perspective, without excluding individual and curative care, so the child would be seen inserted in a familiar and community environment.

Key Words: child health, health promotion, primary care health.

Ávila LK. Promoción de la Salud en la organización de las prácticas de enfermería en el salud de los niños de la ciudad de São Paulo [thesis]. São Paulo: Brasil: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2009.

RESUMEN

El desafío del Servicio de Enfermería en la Salud Colectiva, dentro de la realidad de actuación de la atención primaria, es el de incorporar el concepto de generación como un criterio de identificación de las necesidades e organización de las prácticas de salud, principalmente las relacionadas a la asistencia médica de los niños, bajo la perspectiva de la integración y mayor resolución. La incorporación de la Promoción de la Salud, en la planificación de las prácticas dentro de la atención primaria, puede contribuir para mejorar los servicios de salud, en la medida en que amplía el objeto de la enfermedad para las necesidades de salud de los grupos, contribuyendo con la superación del énfasis de la curación. De esa manera se torna necesario reconocer las prácticas y concepciones que tienen los enfermeros implicados en la atención primaria, con relación a la Promoción de la Salud. Este estudio analizó el abordaje de las intervenciones indicadas en documentos oficiais, por medio de las principales acciones y actividades normativas e identificó las acciones relacionadas a la salud de los niños a partir de la percepción de los profesionales enfermeros de los programas asistenciales. Para ello se desarrolló una pesquisa cualitativa fundamentada en el materialismo histórico dialéctico a partir del análisis documental de las propuestas sobre la salud de los niños que viven en la jurisdicción de la ciudad de São Paulo -capital-, mediante entrevistas semiestructuradas, con la colaboración de enfermeros de la Supervisión Técnica de Salud del Instituto Butantan. El análisis documental incidió sobre tres documentos, en los cuales se efectuó un estudio de los principales focos de acción a que se destinan, a partir del esquema referencial de Labonte (1996). Las entrevistas semiestructuradas se agruparon siguiendo la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) y se analizaron por el medio referencial de la hermenéutica dialéctica, se efectuaron a once enfermeros pertenecientes a unidades

básicas de salud clásica, a unidades de salud de la familia y a una unidad básica de salud mixta. Los resultados del análisis documental indican una mayor importancia de la dimensión física sobre otras dimensiones e interconexiones de la Promoción de la Salud. El análisis de las entrevistas indica que el concepto de Promoción de la Salud se traduce como acciones preventivas orientadas hacia los daños específicos, a los grupos de riesgo, así como a la transformación de los estilos de vida. Esta indefinición acarrea otras dificultades para la evaluación y superación de los problemas, restringiéndose el alcance de la promoción de la salud a la práctica de los profesionales. Las prácticas se estructuran a partir de los programas asistenciales indicados por el Estado, en que aventaja las actividades de vigilancia epidemiológica como eje indissociable. Sin embargo, la estructuración de las prácticas orientadas del concepto ampliado de la Promoción de la Salud, deberían contemplar acciones intersectoriales, orientadas hacia el comportamiento individual, en el fortalecimiento del individuo como actor social. Se concluye que la organización de las acciones para la salud de los niños en la atención primaria se aproxima de la concepción del modelo *tradicional-funcionalista* de Caplan (1993), en el que la origen de los problemas de la salud es los hábitos e los estilos de la vida incorrectos. Pero, si incorporamos la categoría generación en la planificación de las prácticas de enfermería, el eje de la asistencia a la salud de los niños podría sufrir una variación hacia la perspectiva promocional y preventiva, sin excluir la atención individual y curativa, de manera tal que el niño sea visto dentro de un ambiente familiar y comunitario.

Palabras Clave: salud del niños, promoción de la salud, atención primaria de la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I. Dimensões de saúde e bem-estar (Labonte, 1996).	40
Figura II. Dimensões de Saúde e Bem-Estar apresentadas por Labonte a partir de Blaxter e adaptado por Chiesa e Westphal (2003).	48
Figura III. Mapa Teórico de Caplan (1993).	52
Figura IV. Diagrama de Burrell e Morgan 1985 (Caplan, 1993).	53
Figura V. Distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo, 2006.	60
Figura VI. Limites dos Distritos Administrativos que compõem a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. São Paulo, 2006.	61
Figura VII. Distribuição das Unidades de Atenção à Saúde na região Centro-Oeste do município de São Paulo, com destaque à Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, 2008.	64
Figura VIII. Organização dos dados qualitativos coletados nas entrevistas semiestruturadas.	76

Figura IX. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque as dimensões e interfaces identificadas no Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança.	82
Figura X. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque as dimensões e interfaces identificadas no Caderno Temático de Saúde da Criança.	86
Figura XI. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque a dimensão identificada no Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida.	88
Figura XII. Dimensões e interfaces relacionadas às ações e atividades realizadas em saúde da criança pelos enfermeiros sujeitos da pesquisa.	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Área em Km ² e distribuição da população da Supervisão Técnica de Saúde Butantã e Distritos Administrativos. São Paulo, 2006.	62
Tabela 2. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. São Paulo, 2003.	63
Tabela 3. Número de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS alocados na supervisão técnica de saúde do Butantã segundo modelo assistencial em saúde. São Paulo, 2003.	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características das etapas do estudo.	66
Quadro 2. Distribuição do número de entrevistas realizadas, de acordo com o tipo de unidade de saúde e sua respectiva codificação para apresentação das análises.	73
Quadro 3. Análise documental do Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e sua distribuição no esquema de Labonte (1996).	81
Quadro 4. Análise documental do Caderno Temático de Saúde da Criança e sua distribuição no esquema de Labonte (1996).	85
Quadro 5. Análise documental do Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida e sua distribuição no Esquema de Labonte (1996).	87
Quadro 6. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde.	96
Quadro 7. “Escala de participação comunitária” de Arnstein (1967), citado por Carvalho (2005).	115

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	20
1. INTRODUÇÃO	
1.1 RESGATE DA HISTORICIDADE DA INFÂNCIA NO MUNDO E NO BRASIL.....	22
1.2 SAÚDE DA CRIANÇA: DESAFIOS PARA O NOVO MODELO DE UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE.....	32
1.3 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	39
2. OBJETIVO GERAL.....	50
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
4. MÉTODO	
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	51
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	56
4.3 CENÁRIOS E SUJEITOS.....	59
4.4 ETAPAS DAS COLETAS DE DADOS E INSTRUMENTOS.....	66
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	77
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	
5.1.1 O conceito de Promoção da Saúde no Protocolo de enfermagem na Atenção à Saúde da Criança.....	79
5.1.2 O conceito de Promoção da Saúde no Caderno Temático de Saúde da Criança.....	82
5.1.3 O conceito de Promoção da Saúde no Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida.....	86
5.2 PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS	

5.2.1 O conceito de Promoção da Saúde.....	89
5.2.2 Ações e atividades para o grupo infantil.....	97
5.2.3 Participação da comunidade.....	111
5.2.4 Dificuldades no planejamento e execução das ações em saúde da criança.....	116
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
ANEXOS	
ANEXO 1. Roteiro de Entrevista com os Enfermeiros.....	135
ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	136
ANEXO 3. Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de São Paulo.....	138

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O presente estudo se constitui como parte do desenvolvimento de pesquisas em relação às intervenções de enfermagem em saúde coletiva, resgatando a contribuição do campo da Promoção da Saúde para o aprimoramento das práticas no contexto da atenção primária à saúde.

O interesse pela temática se iniciou a partir do desenvolvimento de um método de captação de necessidades em saúde de um grupo específico sob o enfoque da Promoção da Saúde, no qual foi identificado que o planejamento e implementação das intervenções de enfermagem em saúde coletiva aos diferentes grupos populacionais não correspondiam à demanda individual e coletiva desses grupos sociais. O referido estudo identificou os conceitos de autonomia e resiliência como fundamentais para a estruturação de ações direcionadas à satisfação das necessidades de adolescentes.

A atuação dos serviços de saúde na atenção primária, no que se refere à satisfação das necessidades, não as identifica nos diferentes grupos sociais, restringindo a resolução de problemas somente ao aspecto biológico do processo saúde-doença, negligenciando aspectos da assistência integral à saúde.

Historicamente, a atenção à saúde foi estruturada a partir de programas formulados de maneira vertical, desconectados da realidade territorial e com pouca atuação sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença e na operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Reconhecendo as limitações da estruturação da atenção primária na formulação de práticas capazes de abranger os conceitos do SUS, o campo conceitual da Promoção da Saúde se constitui num norteador para a reformulação de modelos assistenciais, com vistas à sua atuação baseada nos princípios de integralidade, universalidade e equidade.

Portanto, a presente investigação pretende identificar as concepções de Promoção da Saúde no planejamento das ações em saúde da criança, implantadas na rede de atenção primária à saúde do município de São

Paulo, bem como as concepções e práticas realizadas por enfermeiros na atenção primária no mesmo município.

O estudo pretende contribuir para a prática de enfermagem em saúde coletiva, na identificação das reais necessidades de saúde na infância, na adequação das práticas e organização do serviço de atenção à saúde da criança. Com isso, intenta o aprofundamento do conhecimento sobre as concepções dos enfermeiros em Promoção da Saúde, possibilitando assim, um fortalecimento da práxis em enfermagem.

Utilizou-se as dimensões de saúde e bem-estar apresentadas por Labonte (1996), a partir de Blaxter e adaptadas por Chiesa e Westphal (2003), como categorias analíticas do estudo. As dimensões estão relacionadas à ampliação do objeto de ação e suas interfaces representam o escopo de ação no campo da Promoção da Saúde. Consequentemente, contribuem para estruturar ações na atenção primária que fortaleçam o potencial de saúde da população.

1. INTRODUÇÃO

1.1 RESGATE DA HISTORICIDADE DA INFÂNCIA NO MUNDO E NO BRASIL.

A história da infância é um pesadelo do qual recentemente começamos a despertar. Quanto mais atrás regressamos na história, mais reduzido o nível de cuidado com as crianças... (DeMause, 1975).

O desafio da Enfermagem em Saúde Coletiva na realidade de atuação da atenção primária diante do Sistema Único Saúde, é incorporar o conceito de geração como categoria para identificação de necessidades, identificando, portanto, a infância como um fenômeno social construído em diferentes dimensões da sociedade. Assim, faz-se necessária a releitura da historicidade da infância para superar a visão universalizadora desta faixa etária, a fim de que a leitura das necessidades das crianças possa contribuir na organização das práticas em saúde.

O desenvolvimento de um conceito de infância nas sociedades ocidentais se inicia a partir de registros dos pesquisadores no século IV DC, revelando a inexistência do “sentimento de infância” na Idade Média (Ariès, 1981; Heywood, 2004)

Segundo Ariès (1981):

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento de infância não existia – o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento de infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver com a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes... (Ariès, 1981, p.156).

Foi neste século que os teólogos iniciaram debates sobre a *natureza infantil*, delineando duas vertentes: a da “bondade nata” e a da “maldade nata”. Essas doutrinas foram pretextos para a negligência dos pais e a violência física (Ariès, 1981).

Neste período, a socialização da criança não era assegurada ou controlada pela família. Aos sete anos de idade a criança passava a viver em outra casa, convivendo com outros adultos ajudando-os em seus afazeres (Ariès, 1981; Heywood, 2004).

O autor ressalta também que o sentimento amoroso entre pais e filhos não era necessário à existência e ao equilíbrio da família. O espaço comunitário tinha supremacia sobre a família (Ariès, 1981).

Por diversas vezes, a Igreja demonstrou interesse pelas crianças, proibindo o infanticídio no século V, aliando-se a conventos para receber as crianças indesejadas (a partir do séc. VI), tentando reduzir a desvalorização da infância e autorizando a “cruzada das crianças” (1212), contribuindo para a consciência da particularidade infantil (Santos, 1996; Heywood, 2004).

Até por volta do século XII, a infância não era conhecida pela arte medieval, pois, segundo Áries (1981) não havia lugar para a infância no mundo. A imagem da infância era traduzida por meio das miniaturas de homens (adultos). Isso nos mostra que os homens desse período não tinham interesse em descrever a realidade a partir das fases de transição. Essas fases eram definidas apenas como momentos transitórios e que não ficavam guardados na memória (Heywood, 2004).

Foi por volta do século XII que as crianças passaram a ser representadas de acordo com a concepção moderna de infância.

Essas representações foram caracterizadas como as miniaturas, que passaram a refletir a aparência de jovens adolescentes, considerados a idade das crianças mais ou menos grande e que eram educadas para servirem às ordens; as crianças pequenas da história da arte, o menino Jesus, ligado diretamente ao mistério da maternidade da Virgem e a criança nua (Ariès, 1981).

Durante os séculos XIV e XV, esses tipos medievais mudaram. A infância sagrada representada pelo menino Jesus foi explorada com a intenção de demonstrar os aspectos graciosos, ternos e ingênuos da primeira infância, ou seja, todos os gestos eram reproduzidos e valorizados como imagem da vida cotidiana de uma criança (Ariès, 1981).

A partir do século XIV, inicia-se o desenvolvimento da família moderna, que se torna a base do Estado e do poder monárquico.

Neste mesmo século, surge uma idéia de que a duração da vida era simbolizada pela hierarquia da família. A família passou a ser representada por meio de cenas públicas e somente a partir do século XV que as cenas relacionadas ao interior das casas e logradouros passam a ser mais frequentes, o que corresponde a um novo sentimento voltado para a vida privada (Ariès, 1981).

Em relação à educação da criança, esta se fazia por meio da aprendizagem cotidiana, durante as atividades e afazeres domésticos. As crianças eram enviadas a outras famílias para que pudessem aprender um trabalho, as maneiras ou hábitos de vida daquelas pessoas, tornando-se servido da família. Esse era o seu aprendizado. A escola não era parte da sua condição de vida, era direcionada apenas àqueles que tinham posses (Ariès, 1981).

A família, portanto, era uma realidade moral, não se constituía como um espaço de desenvolvimento social e sentimental. As famílias pobres eram constituídas para que as pessoas obtivessem uma instalação material e as famílias ricas eram vistas como instituições propícias para a prosperidade do patrimônio e da honra do nome (Ariès, 1981).

No decorrer dos séculos XV - XVII, período do Renascimento e Reforma, a infância foi uma das descobertas mais importantes e sua particularidade se concentrava na imagem, com proporções anatômicas verdadeiras. Isto, porém, não era o suficiente para considerar este grupo como diferenciado pela sociedade e com necessidades específicas, não contribuindo concretamente com a vida infantil (Santos, 1996, Heywood, 2004)

Nos séculos XVI e XVII, um novo sentimento de infância começou a surgir, chamado de “paparicação”, originariamente pertencente às mulheres encarregadas de cuidar de crianças. Esse sentimento começou a surgir no meio familiar, com as crianças pequenas, atribuindo assim uma nova valorização deste grupo etário. Na época, porém, algumas pessoas ainda não admitiam a idéia de se amar as crianças (Ariès, 1981).

Outro sentimento importante foi o proveniente do meio externo à família, aquele delimitado pelos “homens da lei”, que tinham preocupações direcionadas à disciplina e à racionalidade dos costumes (Ariès, 1981).

Neste mesmo período, emerge o conceito de família, a qual torna-se um lugar de afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos. A idéia de inocência da criança levou a uma preocupação com a educação da criança e com a necessidade de vigília dos pais. Assim, a família passou a se centrar na criança (Ariès, 1981).

Os séculos XVI e XVII consideraram a infância crucial. Martinho Lutero (1517) foi primordial para que se desse à criança merecida atenção. Lutero se interessava pelas crianças pequenas e pela sua educação familiar, pois esse era o melhor momento para a formação do caráter futuro (Ariès, 1981).

No final do séc. XVII, com a transição do feudalismo para o capitalismo, houve a emergência da infância, considerada um estado separado dos adultos. Para a burguesia, nova classe social de poder, os filhos deveriam ter uma educação especial, visando a preparação para exercer as atividades quando adultos e poderem enfrentar o poder da aristocracia. Essa valorização direcionou a criação de um sistema escolar e um conceito moderno de infância (Ariès, 1981).

Neste momento, iniciou-se o processo de escolarização no qual as crianças eram mantidas enclausuradas nos colégios, a partir da decisão da família.

Foi com o desenvolvimento e aceitação institucional da educação formal nas escolas e com a diferenciação da criança do adulto que surgiram os conceitos sociológicos e psicológicos de infância.

O século XVIII foi profundamente influenciado pelas proposições de Rousseau, para quem a criança passa a ser foco das Teorias do Conhecimento, porém representada como ausência de razão. Essa idéia foi criticada por Jean Itard, em 1798, pois, segundo ele, certas capacidades, se não desenvolvidas na vida infantil, ficariam como atrofiadas, deformadas, ou seja, sem uma programação natural do desenvolvimento (Ariès, 1981).

Por influência dessa concepção, é neste século XVIII que encontramos, na família, a preocupação com a higiene e a saúde física. Neste caso, o corpo era considerado como correspondente à força física e à disponibilidade para a execução de tarefas.

Neste século, se inicia a concepção do Reinado do Menino-Rei, centro do universo familiar, evidenciado a partir do aparecimento de um novo conceito de família, fundamentado no amor materno, no surgimento da pediatria, puericultura e na especialização da literatura sobre a criança (Ariès, 1981; Badinter, 1985).

A transformação da estrutura familiar se define nas mudanças do papel e da imagem da mãe. As crianças passam a ser consideradas indivíduos dignos da atenção dos adultos inteligentes e ocupam um melhor *status* nos valores das mães. A família ocidental torna-se criança-centrada, ou seja, a estrutura familiar passa de extensa para nuclear (Badinter, 1985; Santos, 1996).

A saúde da criança passa a ser objeto de preocupação dos pais em especial em relação às doenças da primeira infância. Iniciam-se as vacinações em 1730, que passam a ter a adesão dos pais esclarecidos (Badinter, 1985).

A família começou a manter a sociedade à distância, valorizando a reorganização da casa, os costumes e a mudança no tratamento dos membros da família, revelando maior privacidade, intimidade e solidariedade entre os mesmos (Badinter, 1985).

No século XVIII, surgiu também a idéia de representação da criança como uma máquina ou brinquedo. A criança pequena era denominada *poupart*, que significa boneca (*poupée*), uma espécie de pequeno ser sem personalidade. Esta idéia foi usada por muitos médicos da época, os quais diziam que “*a criança é uma máquina cujas molas, forma e matéria seriam fáceis de reformar à nossa vontade*”. Esta afirmação nos dá a idéia de reconstruir, reformular a criança conforme um determinado modelo com a contribuição da medicina e da educação (Badinter, 1985).

A segunda metade deste século evidencia uma consciência médica infantil que até então não era identificada, pois se pensava que as doenças

das crianças eram mais difíceis de serem tratadas. Tal pensamento se devia pela razão de que a principal fonte da informação da doença eram as perguntas feitas ao doente e não o exame físico (Badinter, 1985).

Uma nova concepção de criança surge no século XIX: a do “erro necessário”, desenvolvida por Comte, no qual a infância corresponde ao estado mais inferior da sociedade. Nesse mesmo período, alguns autores passam a defender a idéia de que o funcionamento psíquico infantil é regido *pelo instinto de conservação* e pelo princípio *de economia do mínimo esforço* (Santos, 1996).

Michel Foucault mostra que o termo *economia do menor esforço* traz a nova racionalidade que vai se constituindo nos séculos XIX e XX: a do trabalho que transforma a idéia da *possibilidade de erro* em *erro útil*. A criança passa a ser considerada como uma *máquina*: “*deve-se conhecê-la bem, a fim de exercitá-la em termos de sua racionalidade máxima*”, papel este das ciências da criança no século XX (Santos, 1996).

Apesar dos avanços em relação à percepção da criança pelo mundo adulto, a concepção de que a criança pode ser considerada como continuidade física da espécie humana para as famílias permaneceu, pois havia a necessidade de perpetuar a tradição familiar (Santos, 1996).

Neste período, há uma maior presença do médico na família e ele passa ser considerado como um aliado da mãe, contribuindo com a manutenção dos filhos na família e com a redução do abandono (Badinter, 1985).

Com o passar dos séculos, as relações entre pais e filhos passa dos interesses de manutenção das gerações para uma preocupação com os indivíduos do grupo familiar.

No Brasil, na segunda metade do século XVIII, ainda como colônia de Portugal, a criança não tinha muita importância na família e os conhecimentos que os pais transmitiam para seus filhos eram relacionados à sobrevivência do mais forte na sociedade (Santos, 1996).

Para a igreja brasileira, a criança representava tanto o bem quanto o mal. As crianças que morriam muito cedo, antes de um ano de idade, se transformavam em “anjinhos”, que ao assumirem esta figura simbólica eram

consideradas pelas famílias como eventos satisfatórios, pois davam aos pais a certeza de que alguém pudesse lhes abrir as portas do céu e protegê-los dos males do mundo (Santos, 1996; Dourado, Fernandez, 1999; Costa, 1999).

Provavelmente, a desvalorização da infância incentivava a Coroa a recrutar mão-de-obra de meninos entre nove e dezesseis anos, ou menores de idade, para servir como grumetes nas embarcações lusitanas (Ramos, 2004). Para os pais das crianças, o trabalho auxiliava na renda familiar, diminuindo o número de filhos para alimentar.

Entre os séculos XVI e XVIII, os grumetes realizavam todas as tarefas desempenhadas por adultos e tinham as piores condições de vida. Eram alojados a céu aberto, ficando expostos a sol e chuva, falecendo vítimas de pneumonia e queimaduras do sol (Ramos, 2004). Assim, viam-se obrigados a enfrentar a realidade da vida adulta.

Além dos grumetes, os “pagens” também embarcavam nas expedições do século XVI, onde realizavam tarefas mais leves e mantinham maior proximidade com oficiais e passageiros. Isso os colocava mais propícios a se alimentarem melhor e com menores chances de perecer durante a viagem (Ramos, 2004).

Outro grupo de crianças eram as chamadas órfãs do Rei (“Del Rei”), composta por meninas pobres com idade entre 14 e 30 anos dos orfanatos de Lisboa e Porto, que também embarcavam nas expedições (Ramos, 2004).

Além das crianças servidoras dos tripulantes, havia também as crianças embarcadas como passageiros (os miúdos) que acompanhavam seus pais ou parentes (Ramos, 2004).

Nos primeiros séculos de colonização, a infância era encarada como um momento de transição. De acordo com os manuais de medicina da época (século XVI e XVIII), a infância estava definida como “puerícia” – tinha qualidade de ser quente e úmida e durava desde o nascimento até os 14 anos de idade, dividida em três momentos: o primeiro até o final da amamentação (3 ou 4 anos); o segundo até os sete anos, no qual as

crianças acompanhavam os pais nas tarefas cotidianas; e o terceiro, que era quando as crianças iam trabalhar ou estudar (Priori, 2004).

Essa definição está incluída nas primeiras acepções que correspondiam às representações de mundo na Idade Média, as “idades da vida”. Conforme expõe Ariès (1981), é a definição das idades como correspondentes aos planetas, em número de sete: a primeira idade, a infância, é definida como *enfant* (não falante). Começa quando a criança nasce até os sete anos; a segunda idade chama-se *pueritia*, e vai dos sete aos quatorze anos; logo após, passa-se pela adolescência, juventude, senectude e velhice.

No período colonial brasileiro, a criança era alguém excluído, pois não tinha capacidade intelectual suficiente para entender o passado e não tinha responsabilidade para respeitar as experiências dos adultos. Ela, portanto, não merecia a mesma consideração que eles (Costa, 1999).

Mas, aos poucos, as crianças no Brasil colonial vão sendo educadas e condicionadas a assumir responsabilidades por meio da educação e da medicina. Elas conviviam com uma formação comum, independente do núcleo social, e as questões sócio-econômicas os moldavam a diferentes culturas e costumes sociais e educativos (Priori, 2004).

É no Brasil colonial que a medicina se expandiu através da higiene, incorporando a cidade e a população como campo de saber dos médicos, e a imagem da infância se recodificou tornando-se matriz físico-emocional do adulto (Costa, 1999).

Neste século, a criança passa a ser caracterizada como a cria da mulher, e o período de seu desenvolvimento intelectual era denominado de “meninice”, relacionada à falta de juízo numa pessoa adulta. Esses significados direcionaram os cuidados em relação à criança neste século (Mauad, 2004).

A criança inspira carinhos e cuidados específicos por ser considerada fundamental na proliferação da linhagem e pelo reconhecimento de uma especificidade nesta etapa da vida (Mauad, 2004).

Aos poucos, passou-se a valorizar o vestuário das crianças, o jogo infantil, a literatura direcionada a esta faixa de idade e a especialização de médicos em moléstias infantis (Mauad, 2004).

Na educação da elite portuguesa, meninos e meninas eram tratados de maneira distinta, por meio da valorização de atributos manuais pelas meninas e intelectuais pelos meninos (Mauad, 2004).

Neste período, os cuidados com a higiene infantil foram conquistados adaptando-se as condições de vida com os preceitos médicos (Mauad, 2004).

Foi em meados desse século que surgiu a Puericultura, especialidade médica destinada a formalizar os cuidados com as crianças (Pilotti, Rizzini, 1995).

A Proclamação da República deu origem a um século em que a houve uma desestruturação da sociedade com altos índices de carências sociais, culturais, psíquicas e econômicas, fazendo com que as atividades relacionadas à educação, saúde e punição das crianças e adolescentes fossem responsabilidades do Estado (Passetti, 2004). Este, portanto, tornou-se responsável pela inserção do indivíduo na sociedade por meio de políticas sociais direcionadas às crianças e adolescentes de famílias “desestruturadas”, intervindo, diretamente, nos casos de criminalidades e delinquência (Passetti, 2004).

Apesar dos avanços em relação à percepção da criança pelo mundo adulto, a concepção de que a criança só pode ser considerada como continuidade física da espécie humana para as famílias permaneceu, pois havia a necessidade de perpetuar a tradição familiar.

Assim, no século XX, o Estado passou a defender a família monogâmica e estruturada a fim de preservar a ordem social, a educação obrigatória e a integração de crianças e jovens pobres pelo trabalho (Passetti, 2004).

É neste século, na Idade Contemporânea, que começam a surgir teorias científicas sobre a criança. Este período é marcado, principalmente, pelas reivindicações a favor da defesa dos direitos da criança, que passa a ser considerada cidadã e, portanto, sujeito de direitos e deveres.

A criança brasileira passou a se constituir como grupo de interesse, principalmente nas áreas de educação e saúde, a qual era representada pela puericultura que mediava a relação da família com o Estado (Santos, 1996).

Um dos médicos que mais se destacou na época em defesa da criança foi o Dr. Moncorvo Filho. Ele criou, em 1901, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. A instituição oferecia serviços como distribuição de medicamentos, roupas à mulheres grávidas pobres, divulgação de informações sobre cuidados com o bebê e tratamento às crianças com tuberculose e outras doenças (Dourado, Fernandez, 1999; Ramos, 2004).

De acordo com o médico Moncorvo Filho, a puericultura é definida como *“a parte da higiene infantil que se ocupa da criação dos pequeninos”*, e suas bases estão nos estudos dos fatores de melhoria da raça (eugenia) e nos estudos das condições de procriação (eugenética), sendo que sua utilidade se pautava no conhecimento das causas capazes de interferir na vida do ser humano desde o início da sua formação in útero até sua sobrevivência no mundo exterior (Rizzini, 1993).

A atuação dos médicos higienistas e a contribuição da campanha de vacinação, não foram suficientes para diminuir a mortalidade, pois as crianças passaram a sofrer de coqueluche, varíola, doenças gastro-intestinais e do aparelho respiratório (Dourado, Fernandez, 1999).

Neste sentido, é importante recuperarmos a atuação do setor saúde na assistência à criança.

1.2 SAÚDE DA CRIANÇA: DESAFIOS PARA O NOVO MODELO DE UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE.

De maneira geral, as ações em saúde da criança e aos grupos sociais são desenhadas de acordo com os problemas de saúde, contabilizados na forma de indicadores de morbidade e mortalidade, e a prevenção é elaborada a partir dos fatores de risco que estão associados ao conjunto desses problemas.

Em 1975, com o objetivo de organizar os serviços de saúde do setor público e privado, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que definiu como responsabilidade do Ministério da Saúde a realização de ações preventivas para a coletividade, e do Ministério da Previdência e Assistência Social o atendimento médico curativo individual (Prado, Escobar, Fujimore, 2002).

Assim, o setor público tornou-se responsável por operacionalizar as políticas públicas nas diversas áreas e dar cobertura não somente à demanda dos serviços, mas também, e principalmente, à população de uma determinada área de abrangência de um sistema local.

O Sistema Nacional de Saúde iniciou a criação de programas macroestruturais de assistência, dentre eles o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, discutido em 1976, na V Conferência Nacional de Saúde (CNS). Tal Programa era composto pelo Programa de Assistência Materna e pelo Programa de Assistência à Saúde Infantil (Prado, Escobar, Fujimore, 2002).

O Programa de Assistência à Saúde Infantil pretendia:

- Aumentar a cobertura da assistência às crianças;
- Melhorar os indicadores de saúde da faixa etária;
- Aumentar a produção e a produtividade dos serviços de saúde;
- Capacitar e aperfeiçoar profissionais para o atendimento à criança.

Além disso, tinha como ações o estímulo ao aleitamento materno e o controle do crescimento e desenvolvimento, propunha ainda o controle das

doenças preveníveis por imunização e a melhoria do saneamento básico no país (Prado, Escobar, Fujimore, 2002).

Entretanto, a realidade da assistência à saúde, era uma resposta restrita dos serviços de saúde, pois existia uma limitação no reconhecimento das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividade.

Portanto, até a década de 70, a estruturação dos programas de assistência à saúde no Brasil estava voltada para a ótica da medicina hegemônica, dicotomizando o tratamento das doenças e das ações de promoção. A atenção à saúde estava direcionada aos aspectos relacionados à doença e as ações e atividades desenvolvidas eram basicamente de caráter curativo, centradas na assistência individual sem conexão com as ações de vigilância e monitoramento dos potenciais de saúde. Neste mesmo cenário, estava inserido o Programa Materno Infantil para as ações de prevenção (Felisberto, Carvalho, Samico, 2000).

Com a mudança da situação de saúde para um aumento das doenças crônico-degenerativas, relacionadas às condições de vida, ampliou-se a visão de saúde para além da ausência de doença, modificando a prática curativista para a medicina preventiva baseada na teoria da multicausalidade (Paim, 1989; Mendes, 1996; Oliveira, 1999).

A I Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, em 1978, estabeleceu uma valorização da interrelação entre saúde, pobreza e desenvolvimento sócioeconômico, ampliando o debate em torno da superação das iniquidades e desigualdades sociais para melhorar a condição de saúde da população. Assim, foram sendo construídas as bases conceituais e operacionais de um paradigma mais abrangente, com a finalidade de superar a concepção clínico-curativa da atenção à saúde, embasando a estruturação de um novo modelo de atenção (Brasil, 1996; Santos, Westphal, 1999).

Esta conferência não excluiu a atenção assistencial curativista, mas ampliou o conceito de saúde a partir do entendimento da produção social do processo saúde-doença, valorizando a distribuição igualitária de recursos na sociedade para a conquista de melhores condições de saúde.

No Brasil, a partir da proposição da Alma-Ata, foram propostos alguns programas que, em suas diretrizes, abarcavam a atenção primária à saúde, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização de serviços e a integração de ações preventivas e curativas, tais como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários da saúde em todo o país por meio da articulação entre entidades públicas e privadas, e o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), o qual preconizava a realização de ações de saúde pública e assistência médica por meio de convênios realizados com as secretarias estaduais e municipais (Furlotti, 1999; Almeida, Chioro e Zioni, 2001).

Na década de 80, com a crise política e econômica refletindo na previdência social, os programas iniciados perderam seus alicerces e, a partir de então, a atenção primária passou a ser direcionada à população carente, com a utilização de tecnologia simplificada e de baixo custo (Mendes, 1996; Oliveira, 1999).

Na assistência à saúde da criança, os programas foram elaborados a partir de ações que possibilitassem maior resolutividade dos serviços de saúde, com comprovada eficácia e baixa complexidade e a reintrodução da noção de coletivo nas práticas de saúde (Oliveira, 1999; Furlotti, 1999).

Nesse sentido, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde na assistência à criança resultou na implementação do programa chamado “Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança” como norteador da assistência prestada pela atenção primária à saúde (Furlotti, 1999).

Assim, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que envolvia cinco ações básicas:

- acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento;
- estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame;
- assistência e controle das infecções respiratórias agudas;
- controle das doenças diarreicas com incentivo à terapia de reidratação oral;
- controle de doenças preveníveis por imunização.

O Programa foi desenvolvido para atender os agravos mais frequentes das crianças entre 0 e 5 anos de idade, apresentando diretrizes

em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) (Brasil, 1984; Prado, 2005). O PAISC tinha como objetivos promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura dos serviços de saúde, a fim de influenciar os fatores determinantes e condicionantes da morbi-mortalidade infantil no país (Brasil, 1984; Prado, 2005).

A estruturação dos programas de atenção à saúde se instituiu como uma forma de organizar o trabalho em saúde fundamentado no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica, possuindo, assim, uma racionalidade de intervenção que articula ações médicas e de saúde coletiva (Santos, Westphal, 1999).

Essa organização da saúde em áreas programáticas resulta na padronização de intervenções de saúde para demandas, mas não contemplam as iniquidades e desigualdades sociais.

Em decorrência do processo de Reforma Sanitária, em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, e naquele momento a discussão foi em relação às políticas de saúde, definindo algumas diretrizes fundamentais: saúde como direito, a universalidade, a integralidade das ações e a participação social. Tais diretrizes foram incorporadas inicialmente pelo Estado através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procurou acelerar o processo de descentralização, fortalecer o setor público e desestabilizar o modelo médico-assistencial privatista através do enfraquecimento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (Bertolozzi, Greco, 1996).

Nesse contexto, houve a reformulação da política de saúde, isso representou um avanço político, pois surgiu, nesse momento a proposta da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios e diretrizes a integralidade das ações, a universalidade e a participação social, ampliando ainda o conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado (Nemes, 2000; Prado, 2005).

Na assistência à saúde da criança e do adolescente, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente pela Lei 8069/1990 também representou um grande avanço ao considerar a criança enquanto sujeito de

direitos - vida, saúde, educação, alimentação, lazer, cultura, família, desenvolvimento integral, proteção contra toda forma de violência, exploração e maus tratos (Felisberto, Carvalho, Samico, 2000; Prado, 2005).

No entanto, no 1º Encontro da Cúpula Mundial em Favor da Infância, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Nova Iorque (1990), foi constatado que as metas especificadas na Declaração de Alma-Ata não foram atingidas em todos os países e, inclusive, no Brasil (Prado, 2005).

Assim, com o objetivo de reduzir de forma mais significativa a morbi-mortalidade infantil ocasionada por doenças como diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o UNICEF desenvolveram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na infância – AIDPI, em 1992, com a finalidade de solucionar os principais problemas que afetam a saúde das crianças mediante padronização da classificação e tratamentos desses agravos, integrando ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, para reduzir a morbi-mortalidade infantil e contribuir para que a criança atinja seu potencial de crescimento e desenvolvimento (Felisberto, Carvalho, Samico, 2000; OPS, 2000; Prado, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a estratégia AIDPI a partir de 1995, incorporado ao Programa Saúde da Família. A estratégia surgiu com a finalidade de instituir as ações de controle já existentes no PAISC. No entanto, a AIDPI enfatiza, também, a necessidade de melhorar as ações relacionadas à família e à comunidade, quanto à atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, inclui a necessidade de ampliar as habilidades dos profissionais de saúde, reestruturar a organização do serviço e instrumentalizar os familiares e a comunidade no cuidado da criança (OPS, 2000; Cunha, Silva, Amaral, 2001; Prado, Fujimori, 2005).

Paralelamente, o Programa Saúde da Família (PSF) se constituiu como estratégia de re-estruturação das práticas dominantes na atenção primária à saúde, visando a transformação das mesmas por meio da integração de ações de promoção e prevenção de doenças e definindo uma

política de recursos humanos para atender às demandas de organização dos serviços de saúde (Araújo, 1998).

O programa se justifica na implantação do Sistema Único de Saúde a partir de uma equipe nuclear de saúde, que dá prioridade, além da assistência curativa, às ações de proteção e promoção à saúde, tendo como propósito colaborar na organização do SUS e na municipalização, visando à integralidade e participação da comunidade.

Neste contexto há uma maior ênfase para as ações de promoção da saúde, na medida em que o PSF reorienta as ações do serviço de saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, atendendo grupos específicos em condições psicossociais vulneráveis, a partir da valorização do princípio da territorialização, integralidade da assistência, ações intersetoriais, participação popular, entre outros (Araújo, 1998; Paim, 1999).

A atenção à saúde da criança no Programa Saúde da Família é orientada por diretrizes técnicas,

como o acolhimento da demanda para identificar problemas e necessidades de saúde, o comprometimento da equipe de saúde na vigilância à saúde da criança, a priorização da atenção à criança de risco, o desenvolvimento de ações coletivas e a ênfase nas ações de promoção da saúde (Araújo, 1998, p. 135).

Apesar das mudanças relacionadas aos modelos assistenciais implantados no Brasil para a assistência à saúde da criança, que possibilitam uma melhor adequação a uma pequena parcela da sociedade que reside na área de abrangência do PSF, o pensamento biológico ainda prevalece na organização das ações de saúde e, neste contexto, há necessidade de reflexão acerca de como os serviços de atenção à saúde estão sendo organizados e planejados, no que tange à assistência da criança na perspectiva da integralidade e resolubilidade.

Existe, portanto, a necessidade de desenvolver novas tecnologias que deem suporte à qualidade da atenção primária, extrapolando-se a experiência da programação em saúde, superando o entendimento biologicista, a fim de incorporar tecnologias para atuar nas dimensões física, emocional, da vida comunitária dos grupos sociais, dentre outras (Chiesa, 2000; Chiesa, Batista, 2003; Pasche, Hennington, 2006)

Nessa perspectiva, a atuação no nível local de ação em saúde amplia suas possibilidades de ação. É possível conhecer a população, seus modos de vida, suas condições materiais de existência e as formas de organização da comunidade e dos grupos sociais. Segundo Starfield (2002), a obtenção da efetividade e equidade nos serviços de saúde depende da maior estruturação do nível primário em saúde.

Neste sentido, o conceito de geração pode ser compreendido a partir das manifestações dos contextos históricos, o que nos reporta as diferenças conceituais dos termos infância e criança.

Podemos dizer que a infância está relacionada à interação que o indivíduo estabelece com a sociedade; enquanto que o termo criança tem uma abordagem voltada, quase que exclusivamente, a abordagem cronológica para as “fases do ciclo de vida”, suprimindo as diferenças entre os indivíduos.

Sob esta perspectiva, as ações em saúde são estruturadas com a finalidade de atender os processos de adoecimento advindos de um caráter universalista da criança, fundamentado na transformação e assistência biológica.

A categoria geração, portanto, está relacionada ao processo histórico e social de construção da infância. Podemos dizer, portanto, que os problemas de saúde da criança não estão relacionados somente ao âmbito biológico; eles ultrapassam a compreensão da infância como um ciclo de vida e propõem uma compreensão histórica e contextual para além da individualidade do sujeito.

A formulação ou implantação de programas de atenção à saúde da criança, norteadas pelo campo da Promoção da Saúde, reorienta os serviços de acordo com a determinação social do processo saúde-doença, atendendo este grupo em condições psicossociais vulneráveis não caracterizado como doença biológica.

O conceito de Promoção da Saúde é amplo e polissêmico e, apesar do consenso em relação à sua propriedade, há necessidade de aprofundar qual a perspectiva a ser adotada como referencial teórico.

1.3 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS NECESSIDADES DE SAÚDE

O conceito de Promoção da Saúde tem como referência mais antiga as definições de Winslow, em 1920, e Henry Sigerist, em 1946, que atribuíram como tarefa da medicina a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa. Para H. Sigerist, a Promoção da Saúde significava ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida (Westphal, 2006; Pasche, Hennington, 2006; Buss, 2003).

Em meados do século XX, em 1965, Leavell & Clark com a “História Natural da Doença”, representaram a Promoção da Saúde como um conjunto de ações preventivas visando a saúde e o bem-estar. Os autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde ao relacionarem as ações no meio ambiente e nos estilos de vida como medidas que previnem doenças (Westphal, 2006; Pasche, Hennington, 2006; Buss, 2003). Por isso, muitas vezes quando se fala em promoção da saúde é comum encontrar ainda nos profissionais uma concepção restrita aos comportamentos.

O conceito moderno de Promoção da Saúde emergiu em 1974, iniciando um novo momento de interesse social e político pela saúde pública, o documento conhecido como relatório “Lalonde”, no Canadá, definiu as bases de um movimento pela Promoção da Saúde, estabelecendo quatro pólos estruturantes do campo da saúde: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente e os estilos de vida (Chiesa, 2000).

O relatório “Lalonde” propunha como estratégia de implantação uma rede de centros comunitários de saúde e serviços sociais, considerando a gravidade dos problemas de saúde, as prioridades definidas pelas autoridades de saúde, a disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis, os custos e as iniciativas federais centradas na promoção da saúde, na regulação, na pesquisa, na eficiência da atenção à saúde e no estabelecimento de objetivos (Chiesa, 2000; Pasche, Hennington, 2006).

Em se tratando do ponto de vista da saúde, outro avanço foi a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma-Ata, antiga União Soviética. Naquela ocasião a saúde foi definida como direito a ser atendido com cooperação dos outros setores da sociedade. A conferência teve como meta “saúde para todos no ano 2000” a partir da estratégia de atenção primária à saúde (Westphal, 2006).

A partir desse evento foram sendo definidas e construídas as bases conceituais e operacionais de uma concepção mais abrangente, a fim de superar a concepção clínico-curativa da atenção à saúde da sociedade.

De maneira mais objetiva, a redução de iniquidades e desigualdades sociais extrapola a política pública de saúde se relacionando, também, com as políticas públicas em seu sentido mais amplo.

Após dez anos de publicação do relatório “Lalonde”, foram definidos no Congresso Nacional Canadense de Saúde Pública, em 1984, princípios para a “Promoção da Saúde” (Westphal, 2006):

- Envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, em vez de focalizar as pessoas em risco de serem acometidas por uma doença específica;
- É dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidades sociais, econômicas, cultural, política e ambiental da saúde;
- Combina métodos e abordagens diversas, porém complementares;
- Objetiva particularmente efetiva e concreta participação social;
- É basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente do serviço de saúde.

O moderno conceito de Promoção da Saúde começou a ser desenvolvido em 1986, com a realização da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde na cidade de Ottawa, Canadá, onde se caracterizou a promoção à saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, responsabilidade esta estabelecida a partir de uma interação entre o governo, o setor saúde e a participação comunitária (Brasil, 1996).

Como produto desta Conferência, a Carta de Ottawa foi o documento mais importante em relação ao conceito de Promoção da Saúde. Esta carta

apresenta um conceito amplo de saúde como “o mais completo bem-estar físico, mental ou emocional e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais” (Figura I).

Figura I. Dimensões de saúde e bem-estar (Labonte, 1996).

Destaca-se ainda, na Carta de Ottawa, cinco eixos de atuação da Promoção da Saúde:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Destaca-se, na Promoção da Saúde, a responsabilidade de defesa das condições de saúde pela sociedade, a partir da capacitação individual e social, e das relações entre os setores envolvidos, tendo como principal foco alcançar a equidade por meio das modificações dos determinantes de saúde (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

Outras cinco conferências que aconteceram nos últimos vinte anos sintetizam as conclusões e recomendações Internacionais de Promoção da Saúde.

A II Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1988, na cidade de Adelaide, Austrália, teve como tema central as "Políticas

Públicas Saudáveis", direcionando o interesse de todas as áreas políticas para a melhoria das condições de vida e trabalho que interferem na saúde da população e na superação de iniquidades. Com isso, há um encaminhamento efetivo para o desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

A importância do conceito de equidade e a responsabilidade em relação às políticas públicas também foram destacadas. Foram identificadas, ainda, quatro áreas prioritárias de ação: saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e a criação de ambientes favoráveis (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

Em 1991, foi realizada a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Sundsvall, Suécia, que destacou a importância do ambiente para a saúde, através de suas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais e aprofundou as discussões sobre ambientes saudáveis (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

As propostas em relação ao meio ambiente foram expostas e colocadas em prática a partir da Conferência Internacional do Meio Ambiente realizada em 1992, no Brasil – ECO 92, reforçando assim a construção de ambientes saudáveis, das políticas públicas na área ambiental e o respeito à sustentabilidade ambiental no desenvolvimento local e global (Brasil, 2001; Westphal, 2006).

Em 1992, trazendo este tema para a América Latina, realizou-se uma Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Santafé de Bogotá, Colômbia, na qual foi discutido o paradigma da Promoção da Saúde no contexto de deterioração das condições de vida das populações do continente. Neste momento, o grande desafio seria “transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos” (Brasil, 1996; Brasil, 2001). Destacou-se, ainda, a importância da solidariedade e a equidade social como condições para o desenvolvimento e para a saúde.

O Encontro de Secretários Municipais de Saúde, por meio de seu documento síntese, a “Carta de Fortaleza”, ressalta a importância da Promoção da Saúde na reorientação dos serviços de saúde, fortalecendo as

práticas relacionadas à integralidade da atenção, dando maior importância às ações intersetoriais e ao conceito de saúde como meio para qualidade de vida (Teixeira, Villasboas, Paim, 1998).

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta, Indonésia, em 1997, foi reforçada a necessidade de participação da comunidade como meio de melhorar qualidade de vida, através de parcerias com os setores públicos e privados (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, como:

- Promover a responsabilidade social pela saúde;
- Aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde;
- Expandir e consolidar alianças para a saúde;
- Aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde;
- Assegurar infra-estrutura para a Promoção da Saúde.

Em 2000, na Cidade do México, ocorreu a V Conferência de Promoção da Saúde na qual a Promoção da Saúde foi caracterizada como um componente fundamental das políticas e programas públicos, para garantir a equidade e melhoria da saúde. Foram destacados, também, o fortalecimento da promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade com a finalidade de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais em saúde (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

Em 2002, ocorreu no Brasil a III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, na qual foi desenvolvida no Brasil a Carta de São Paulo que destaca a importância dos movimentos sociais na construção de políticas públicas saudáveis e a necessidade de capacitação profissional para o trabalho em Promoção da Saúde (Westphal, 2006).

Em 2005, na Tailândia, Bankoc, ocorreu a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, cujo tema foi “Políticas e Parcerias para a Saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde”, tendo como referência a necessidade da participação da população no

processo de globalização com a finalidade de interferir nos determinantes sociais (Westphal, 2006).

Todas essas Conferências contribuíram para desenvolver o campo da Promoção da Saúde, considerando que a população apresenta heterogeneidade em relação aos níveis de inclusão e exclusão social e, conseqüentemente, os grupos sociais apresentam necessidades específicas que devem ser trabalhadas em nível individual e coletivo.

O campo da Promoção da Saúde redireciona a atuação a partir de ações que dependem da compreensão das necessidades de saúde de uma determinada população (Chiesa, 2000). Este novo padrão de saúde incorpora as questões de desenvolvimento social, convergindo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS - Brasil), ou seja, contemplando questões relacionadas à universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde.

Assim, o campo da Promoção da Saúde tem como um dos principais desafios na estruturação dos serviços de saúde contribuir para a superação de iniquidades.

Segundo Whitehead (1990), o foco central de uma política de ação em equidade e saúde deveria ser a redução ou eliminação dos problemas cujas causas são consideradas evitáveis e que se referem à injustiça social. Neste sentido, a perspectiva norteadora da operacionalização da equidade em saúde é a de ampliar as condições para igualar as oportunidades, reduzindo ao máximo as influências da desigualdade decorrente da inserção social.

Assim, a incorporação da Promoção da Saúde no planejamento das práticas assistenciais na atenção primária pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na medida em que amplia o objeto da doença para as necessidades de saúde dos grupos.

O conceito de necessidades de saúde está quase sempre referido à assistência em saúde; no entanto, este conceito deve vir do entendimento da saúde-doença como processo determinado socialmente (Chiesa, 2000).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) recomendam que se evite reduzir as necessidades de saúde a processos fisiopatológicos e que se

valorize a atenção primária de saúde como uma forma de organizar a prática; que se busque a assistência global do cuidado de saúde a partir da unidade básica de saúde; que se absorva uma dimensão subjetiva das práticas de saúde, revalorizando as relações interpessoais de maneira a não perder de vista o sentido humano do trabalho em saúde.

Segundo Chiesa (2005), vários autores identificam como ponto de partida para a estruturação de programas de saúde o conhecimento das necessidades sentidas pela população. Os programas estruturados, no entanto, são desarticulados da realidade e possuem impacto relativamente pequeno (Robinson, Elkan, 1996; Ávila, 2002; Starfield, 2002).

De acordo com o que expusemos anteriormente, sobre a pertinência de se considerar as necessidades de saúde da população no desenho das ações do setor público de saúde, observa-se que a complementaridade das lógicas da demanda e da vigilância deve dar subsídios adequados para que o setor público possa formular e implementar as respostas sociais pertinentes e, portanto, atuar no âmbito da promoção à saúde, em que a melhoria da qualidade de vida e saúde da população deve incluir sua participação na definição de seus problemas e necessidades.

Partindo da concepção de Stotz (1991) de que necessidades sociais são *“expressões históricas de movimentos que assumem como iníquas certas condições sociais podendo tornar possibilidades, quando as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas”*, podemos dizer que as necessidades de saúde se configuram como necessidades sociais.

As necessidades de saúde são identificadas como expressões vividas e percebidas a partir das dificuldades, solicitações e possibilidades de reprodução da vida das pessoas; é o resultado do confronto de diferentes forças sociais (Stotz, 1991; Stotz, 2005).

As necessidades são representadas pela percepção do sujeito, no entanto são influenciadas por sua inserção social (Stotz, 2005).

Corroborando com essa afirmação, Stotz (1991) considera que *“as necessidades de saúde são expressões particulares das necessidades sociais”*. Sendo assim, a necessidade social expressa pelo sujeito é definida por problema formulado baseado na percepção do que seja problema,

consideradas como necessidades sentidas e, as necessidades definidas pelos profissionais que expressa a norma instituída, ou seja, expressam a lógica da organização do serviço de saúde (Mendes, 1996).

Assim, existe uma diversidade de possibilidades das necessidades de saúde serem expressas, o que decorre das diferentes forças existentes na sociedade, identificando o porquê de alguns grupos sociais serem mais privilegiados do que outros.

As necessidades de saúde são consideradas pelo indivíduo como a possibilidade de perda do controle sobre sua vida, enquanto que para a concepção de saúde dominante, essas necessidades estão relacionadas a um desequilíbrio, uma doença. Nessa perspectiva, os serviços de atenção à saúde ficam responsáveis por satisfazer as necessidades de saúde, limitando-se ao corpo biológico (Stotz, 1991).

Portanto, para captar diferentes manifestações de carências na estrutura social, podemos utilizar a tipologia de Bradshaw, que define quatro tipos de necessidades (Stotz, 1991; Robinson, Elkan, 1996):

- necessidade normativa - é aquela que reflete o estado atual dos conhecimentos e dos valores daqueles que a determinam; quando algum indivíduo não responde a uma determinada norma este é considerado em estado de necessidade.

- necessidade sentida - refere-se à percepção individual da pessoa sobre suas necessidades. Esta pode ser capturada a partir da fala dos indivíduos ou dos grupos em relação à satisfação com sua saúde ou seu desejo de mudança, considerando fatores que possam interferir nesta resposta.

- necessidade expressa - é a necessidade sentida transformada em ação, porém nem sempre é expressa na demanda do serviço. São, geralmente, utilizadas para o planejamento das ações dos serviços de saúde, no entanto isto não reflete as reais necessidades da população.

- necessidade comparativa – é a necessidade desenvolvida quando indivíduos ou grupos com as mesmas características não foram acolhidos da mesma maneira no serviço. Está relacionada à equidade na oferta dos

serviços de saúde, fornecendo informações importantes para subsidiar a tomada de decisões das autoridades.

A categorização e identificação das necessidades de saúde contribuem na organização dos serviços de atenção primária de saúde. Nessa perspectiva, Starfield (2002) ressalta que a elaboração de sistemas de saúde com políticas de saúde fortemente direcionadas à atenção primária, com foco da atenção para adolescentes e crianças na primeira infância e na idade escolar em relação à vida adulta e, por fim, sistemas de saúde que tentam distribuir recursos de acordo com as necessidades ao invés da demanda, são características fundamentais para os serviços obterem resultados satisfatórios no que se refere a resolubilidade.

Assim, é preciso reconhecer as necessidades de saúde do indivíduo e do grupo coletivo e para isso é fundamental ampliar as possibilidades e estratégias para identificação das diferentes expressões de necessidades de saúde na sociedade.

Em estudo anterior, Ávila (2002) sistematizou um método de captação das necessidades de saúde com grupos de adolescentes, partindo da visão deles próprios, das famílias, dos empregadores e instituições sociais. O método foi desenvolvido a partir do campo teórico da Promoção da Saúde e as categorias empíricas do referido estudo diziam respeito aos conceitos de problemas de saúde, perspectivas de enfrentamento, dificuldades, conseqüências e necessidades de saúde.

Utilizou-se as dimensões de saúde e bem-estar apresentadas por Labonte (1996) a partir de Blaxter e adaptadas por Chiesa e Westphal (2003) como categorias analíticas do estudo (Figura II). As dimensões estão relacionadas à ampliação do objeto de ação e suas interfaces representam o escopo de ação no campo da Promoção da Saúde e, consequentemente, contribuem para estruturar ações na atenção primária que fortaleçam o potencial de saúde da população.

Labonte (1996) evidencia a interface das dimensões e destaca a estreita relação entre elas:

- na interseção das dimensões energia vital e vida comunitária identificamos “a necessidade de se ter um grau de vitalidade física aliada à necessidade

de participação junto a grupos ou associações comunitárias, para usufruir boas relações sociais”, caracterizando a interface das relações sociais.

- na interseção das dimensões energia vital e projeto de vida evidencia-se “a necessidade de ter um grau de vitalidade física aliada a um projeto de vida; está relacionada à vontade e desejo para a vida, caracterizada pela interface das habilidade para fazer o desejado.

- na interseção das dimensões projeto de vida e vida comunitária existe “a necessidade de elaborar um projeto de vida dando significado e sentido á vida aliado à relações de convivência com familiares e amigos, além da participação comunitária para ter o sentido de controle sobre a vida ou sobre as condições de vida”, caracterizada pela interface ter controle sobre a vida.

Figura II. Dimensões de Saúde e Bem-Estar apresentadas por Labonte, a partir de Blaxter e adaptado por Chiesa e Westphal (2003).

Na interface habilidade para fazer o desejado encontra-se a categoria prática autonomia considerada como uma *“competência associada à condição de liberdade de escolha e ação, sendo que sua viabilização depende da existência de diferentes possibilidades de ação”* (Chiesa, 2005, p.16).

Na interface das relações sociais está a categoria prática resiliência, entendida como *“um patrimônio relacional, ou seja, conjunto de recursos materiais e relacionais potenciais ou reais disponíveis, capazes de fortalecer os indivíduos para obterem resultados positivos em situações adversas”* (Chiesa, 2005. p.23).

Na interface ter controle sobre a vida encontra-se o conceito de *empowerment* comunitário considerado como um processo dinâmico de capacitação do indivíduo para exercer o direito de escolha em sua vida e influenciar na mudança da sociedade (Okley, Clayton, 2003; Chiesa, 2005).

Podemos dizer, portanto que as ações de Promoção da Saúde são complexas, pois resultam do fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, atuando em todas as dimensões, nas intervenções do Estado e na singularidade e autonomia dos sujeitos (Santos, Da Ros, Crepaldi, Ramos, 2006).

Assim, a premissa deste estudo é que sendo a Promoção da Saúde um campo teórico e prático que pode nortear as ações de saúde no Sistema Único de Saúde, sobretudo na atenção primária, este campo contribui também na superação da ênfase curativista. Para isso, no entanto, é necessário reconhecer os conhecimentos, práticas e concepções dos enfermeiros inseridos na atenção primária à saúde a partir do conceito de Promoção da Saúde com a finalidade de reorientar os serviços de atenção à saúde da criança.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar a perspectiva da Promoção da Saúde na organização das ações em saúde da criança implantadas na rede de atenção primária à saúde na região do Butantã do município de São Paulo a partir dos enfermeiros.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a abordagem das intervenções preconizadas por meio das principais ações e atividades normatizadas;
- Identificar, na perspectiva da Promoção da Saúde, as ações em saúde da criança a partir da percepção dos profissionais enfermeiros dos programas assistenciais.

4. MÉTODO

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tendo como horizonte abarcar as relações sociais estabelecidas pelo indivíduo na sociedade concreta, partiremos do referencial teórico do materialismo histórico-dialético que busca compreender o processo de desenvolvimento social.

Nessa perspectiva, as formas de trabalho e as condições de vida dos grupos sociais se diferenciam a partir de seus meios de produção (trabalho) e das relações sociais que se estabelecem, gerando potenciais de fortalecimento ou desgaste que se configuram em diferentes perfis de saúde e doença.

A forma como a sociedade se organiza pode ser entendida em suas dimensões estrutural, particular e singular. A dimensão estrutural é caracterizada pelo contexto econômico, político e social no qual a sociedade está estruturada. A particular é composta pelas relações que são estabelecidas em diferentes grupos sociais, e a singular são as formações que se organizam para sustentar a vida e a saúde individual.

O materialismo histórico-dialético possibilita visualizar essas dimensões no que se refere às ações em nível estrutural, particular e singular e a relação dialética estabelecida entre elas, na estruturação das políticas públicas e na organização do serviço de saúde, permitindo analisar a abordagem positiva das relações estabelecidas pela família com a criança.

Neste contexto, saúde é então um produto social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um modo de andar a vida seja individual ou coletivamente, pressupondo determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

Assim, devem-se estruturar modelos assistenciais que respondam ao cenário político, econômico, ideológico e cultural em que a sociedade está

inserida. Nesta perspectiva, o campo da Promoção da Saúde pode apoiar o direcionamento das práticas para que estas se constituam como uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde.

A forma como a sociedade se organiza é resultante de um conjunto de experiências sociais, individualizadas e vivenciada pelo ser humano (Vaistman, 1992). Assim, pensar saúde passa a ser pensar o indivíduo enquanto um ser inserido na sua vida cotidiana tal como ela se expressa, tanto no trabalho como no lazer, portanto podemos pensá-lo como um ser sujeito a distintos planos de determinação:

- o biológico, do interesse e do desejo – potências internas e de relativa interdependência;
- os planos das necessidades sociais e das instituições – potências externas que agem sobre o indivíduo a médio e longo prazo;
- a formação de compromissos e contratos – prática social, elaboração de projetos e de políticas que resulta na práxis concreta do indivíduo (Vaistman, 1992).

Esta maneira de pensar o indivíduo condiciona as propostas organizacionais para o setor saúde.

Assim, a relação do contexto histórico com o modo como a sociedade está organizada pode ser evidenciada nas diferentes vertentes de Promoção da Saúde.

O modelo desenvolvido por Russel Caplan (1993) considera que são os processos políticos que influenciam os projetos de Promoção da Saúde. Partindo das teorias sociais, este autor construiu um esquema teórico que representa os quatro paradigmas existentes na Promoção da Saúde. Sua análise foi estruturada com base em três aspectos, adaptados do trabalho de Whittington e Holland de 1978: (1) visão sobre a sociedade, (2) origem dos problemas de saúde e (3) objetivos do trabalho no campo da saúde.

Figura III. Mapa Teórico de Caplan (1993).

A Figura III nos mostra a oposição entre as categorias “subjetividade” e “objetividade” que se referem à natureza do saber em que um modelo teórico conceitual se fundamenta. Outra oposição, “teorias de transformação radical” e “teorias de regulação”, está relacionada à maneira pela qual os modelos teórico-conceituais pressupõem a natureza da sociedade (Carvalho, 2005).

As atuações da Promoção da Saúde propostas por Caplan foram baseadas na proposta de Burrell e Morgan de 1985, e se dividem em quatro grupos: *radical*, *radical-estruturalista* (teorias voltadas para a transformação radical), *humanista* e *tradicional-funcionalista* (teorias que visam a regulação social), podendo ser subjetivos ou objetivos em suas ações (Figura IV).

Figura IV. Diagrama de Burrell e Morgan 1985 (Caplan, 1993).

De acordo com este diagrama, Caplan propõe que os paradigmas de Promoção da Saúde são (Domingues, 2004, Carvalho, 2006):

- *Radical* (o quadrante da transformação radical subjetiva) – no qual há uma visão opressiva e alienante da sociedade, caracterizada pela distribuição desigual de poder em que os problemas de saúde se originam nas instituições sociais ao definir valores, invalidar alternativas e afetar a consciência humana. Sua forma de superação está no desenvolvimento comunitário (*empowerment* comunitário), ou seja, na autodescoberta.
- *Radical-estruturalista* (o quadrante da transformação radical objetiva) – baseado no entendimento de que os conflitos sociais estão fundamentados na distribuição desigual de renda, poder e oportunidade para os diferentes grupos sociais, ou seja, no sistema econômico. As intervenções neste âmbito abarcam fundamentalmente o desenvolvimento de políticas públicas.
- *Tradicional-funcionalista* (o quadrante regulatório objetivo) – a sociedade é compreendida a partir de valores comuns e a humanidade a partir das ciências naturais na qual a origem dos problemas de saúde são as doenças, hábitos e estilos de vida e comportamentos incorretos em que

as intervenções são caracterizadas pela modificação de atitude, adoção de estilos de vida saudáveis.

- *Humanista* (o quadrante regulatório subjetivo) – a sociedade se constitui a partir da subjetividade dos indivíduos e suas regras são criadas, sustentadas e modificadas por meio das relações entre as pessoas. Os problemas de saúde se configuram mudanças nos significados atribuídos à pessoa para sua identidade e ação e as intervenções se direcionam na melhoria da comunicação e no sentido do auto-conhecimento.

Dado que o campo da Promoção da Saúde é amplo e conta com diferentes abordagens conceituais, utilizar-se-á este esquema para análise do material empírico obtido neste estudo.

4.2 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa social ou em saúde coletiva deve considerar os aspectos subjetivos e objetivos dos indivíduos. Assim, este estudo foi desenvolvido a partir da técnica qualitativa de abordagem, baseada no conceito de pesquisa qualitativa sendo aquela *“capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”* (Triviños, 1987).

A pesquisa qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético parte da descrição do fenômeno na sua aparência e essência, buscando as causas da existência dele e procurando explicar sua origem, suas relações e suas mudanças (Deslandes, Neto, Gomes, Minayo, 1994).

Portanto, esta pesquisa tratou-se de um estudo exploratório por proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito.

A análise qualitativa permite ampliar a experiência do pesquisador acerca do objeto de estudo e descrever exaustivamente os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987).

A pesquisa qualitativa permite analisar a complexidade do fenômeno estudado, com a finalidade de compreender a dialética existente entre as diferentes instâncias da organização social, estabelecendo uma relação entre a totalidade social.

A análise documental se caracteriza por uma seqüência de ações que permitem estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias econômicas e sociais que podem estar relacionados (Richardson, 1984; Gil, 1994).

Os documentos são registros escritos que podem ser usados como fonte de informações sobre o comportamento humano que permitem a compreensão das relações interpessoais e situações que expressam as formas de vida e de trabalho. A análise documental permite ainda uma visão aprofundada do documento primário em seu estado inicial, bruto.

Assim, a análise documental realizada possibilitou a captação das informações representativas da assistência à saúde da criança no município

de São Paulo frente às esferas de análise conceitual da Promoção da Saúde.

Colaborando com a importância da análise documental no processo de construção do alicerce conceitual, Minayo (2005) descreve a contribuição da documentação no conjunto de ações como uma importante estratégia no processo comunicativo entre os atores envolvidos.

É fundamental insistir na comunicação dos avaliadores com os diferentes parceiros do programa de intervenção social a ser avaliados nos momentos de negociação, acordos e decisões que cercam a fase de planejamento de uma avaliação. Documentar os acordos feitos serve para rememorá-los aos participantes durante todo o processo, evitando-se discordâncias ou mudanças de rumo indesejadas (Minayo, 2005, p.37).

A pesquisa documental se diferencia da pesquisa bibliográfica pela natureza da fonte dos dados coletados (Gil, 1994). O método de análise documental, segundo Lüdke e André (1986), contribui substancialmente com a pesquisa qualitativa na descoberta de aspectos novos de um tema ou fenômeno e também como completar a outras técnicas de investigação.

Lüdke e André (1986) destacam a riqueza e a estabilidade das informações contidas em documentos, tornando-os passíveis de re-análises, assim como sustentar e ou ratificar/validar os resultados obtidos.

Assim,

os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte 'natural' de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto (Lüdke e André, 1986. p.39).

A fonte dos dados, por se constituírem por "papel" fornece ao pesquisador dados suficientemente ricos e evitam a perda de tempo de deslocamento em pesquisas de campo (Gil, 1993). No entanto, este tipo de técnica tem suas limitações dentre elas a de que os documentos pesquisados podem não ser representativos na compreensão do fenômeno estudado e, muitas vezes, não conseguem contemplar todos os elementos das situações vivenciadas (Richardson, 1984). Essas críticas que a análise documental sofre pode ser atenuada com a combinação de outras técnicas.

Assim, foi também utilizada a técnica da entrevista semiestruturada (Anexo I) com os profissionais enfermeiros que realizam ou estão sendo treinados a realizarem as intervenções em saúde da criança na atenção primária.

4.3 CENÁRIO E SUJEITOS

O cenário de estudo foi delimitado pela Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, inserida na Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste do município de São Paulo, por constituir o local de parceria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para o desenvolvimento de ensino prático em saúde coletiva.

A Região Centro-Oeste do município de São Paulo possui 1.231.249 pessoas, numa extensão de 154,10 km², o que equivale a uma densidade populacional de 7.990 habitantes por km² (São Paulo, 2005).

Composta por três Supervisões Técnicas de Saúde (Butantã, Lapa/Pinheiros e Sé) e 23 Distritos Administrativos, a região Centro-Oeste é a menor das cinco regiões do município (Figura V).

Figura V. Distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo, 2006.

Segundo levantamento da Secretaria Municipal de Saúde em 2003, a região concentra a população mais rica do município à exceção de micro-áreas de exclusão social particularmente na Sé e Butantã. As características da região refletem o perfil de mortalidade, ou seja, a primeira e segunda causa de morte são as doenças cerebrovasculares, e doenças isquêmicas do coração, respectivamente. Apenas no Butantã aparece uma causa externa, o homicídio, como quarta causa de morte (São Paulo, 2005).

A Supervisão Técnica de Saúde do Butantã engloba os Distritos Administrativos do Butantã, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Morumbi e Vila Sônia, e está inserida na Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste do município de São Paulo (Figura VI).

Figura VI. Limites dos Distritos Administrativos que compõem a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. São Paulo, 2006.

Esta região compreende uma área de 56,10 Km², o que corresponde a 3,75% da área total do município de São Paulo, com uma densidade populacional em 2004 de 6.730,4 hab/ Km² (Tabela 1).

Tabela 1 - Área em Km² e distribuição da população da Supervisão Técnica de Saúde Butantã e Distritos Administrativos. São Paulo, 2006.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	SUPERVISÃO DE SAÚDE	DISTRITO ADMINISTRATIVO	ÁREA Km ²	POPULAÇÃO
CENTRO-OESTE	BUTANTÃ	BUTANTÃ	12,50	49.847
		MORUMBI	11,40	32.107
		RAPOSO		93.388
		TAVARES	12,60	
		RIO PEQUENO	9,70	113.875
		VILA SÔNIA	9,90	87.874
	BUTANTÃ Total		56,10	377.091

Fonte: SEMPLA

Elaboração: SMS/CEInfo/GISA, Fev 06

No âmbito da política municipal de saúde, a região do Butantã pertence à Coordenadoria Regional de Saúde 2 – CRS 2. A rede municipal é composta por um hospital, um ambulatório de especialidades, um pronto atendimento, um centro de referência em DST-Aids, um centro de convivência e cooperativa e nove unidades básicas de saúde e quatro centros de saúde (Tabela 2).

No que se refere à rede estadual, conta com um hospital infantil, o Hospital Universitário e o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, uma unidade docente-assistencial do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Tabela 2).

Dentre os equipamentos de atenção à saúde, encontram-se os ligados à esfera pública e a esfera privada: Hospital Iguatemi, Hospital Albert Einstein e Hospital São Luis.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo a Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. São Paulo, 2003.

Supervisão Técnica	Unidades de Saúde			
	da Prefeitura		Estaduais	TOTAL
	Próprias	Municipalizadas		
Butantã	08	05	01*	14

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família, 2004.

* Trata-se de serviço-escola, conveniado ao Estado que não foi municipalizados, mas realiza atividade em Atenção Básica: CSE Butantã.

Essas unidades de saúde estão divididas entre: unidade de saúde da família (PSF), na qual a assistência está estruturada a partir das equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde e a Unidade Básica de Saúde no seu modelo tradicional (Figura VII).

Tabela 3 - Número de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS alocados na supervisão técnica de saúde do Butantã segundo modelo assistencial em saúde. São Paulo, 2003.

Profissionais	Região Centro-Oeste	Supervisão Técnica - Butantã
PSF	378	119
	41	14
<i>Equipes</i>		
ACS	236	83
Médicos	37	10
Enfermeiros	36	11
ACS	236	83
Aux.	69	15
Enfermagem		
PACS	39	26
	3	2
<i>Equipes</i>		
ACS	36	24
Enfermeiros	3	2
Aux.	0	0
Enfermagem		
UBS	1167	528
Médicos	267	110
Enfermeiros	53	25
Aux.	326	160
Enfermagem		
TOTAL	1584	673
GERAL		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família, 2004.

4.4 ETAPAS DAS COLETAS DOS DADOS E INSTRUMENTOS

Este estudo está dividido em duas etapas de coleta e análise de dados. No quadro a seguir, estão esquematizadas as duas etapas do estudo e cada etapa está apresentada com sua respectiva técnica de coleta de dados, a natureza dos dados coletados, os instrumentos utilizados para a coleta, as fontes de informação das quais os dados foram obtidos e o método de análise dos dados.

Quadro 1. Características das etapas do estudo.

	ETAPA I	ETAPA II
TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	Pesquisa documental	Entrevista semiestruturada
NATUREZA DOS DADOS COLETADOS	Qualitativa	Qualitativa
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	Roteiro para identificação dos principais focos de ação a que se destina.	Roteiro de entrevista
FONTE DAS INFORMAÇÕES	Documentos relacionados a intervenções em saúde da criança de âmbito municipal.	Enfermeiros das unidades de saúde da família e unidades de saúde tradicionais da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã
MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	Análise documental – identificação do teor de abordagem da assistência	Análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo com auxílio de software específico.

O uso de diferentes técnicas de coleta de dados para entender o objeto de estudo se constitui pelo chamado “método de triangulação”, que tem o objetivo de compreender a totalidade do fenômeno por meio da

multiplicidade de abordagens e o conhecimento mais abrangente da realidade que queremos pesquisar (Triviños, 1987; Minayo, 2004).

Este método está baseado no princípio de que é impossível conceber a existência de um fenômeno social sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macro realidade social (Triviños, 1987; Minayo, 2004).

A primeira etapa do estudo se constituiu por meio do levantamento das intervenções na saúde da criança do município de São Paulo, a fim de se identificar número, tipo e âmbito das ações implementadas na atenção primária à saúde da criança e os documentos produzidos para a organização e implantação dessas ações.

A razão da escolha dos documentos deu-se pela representatividade no âmbito da atenção à saúde da criança no município de São Paulo e devido às repercussões do conceito de Promoção da Saúde na formulação de ações e intervenções no contexto da atenção primária à saúde.

A busca pelos documentos representativos no âmbito da atenção à saúde da criança no município de São Paulo deu-se por meio eletrônico, através do site oficial da Prefeitura do Município, utilizando-se da palavra chave “saúde da criança”. Este percurso nos levou ao link da Área Temática de Saúde da Criança, no qual foram identificados além de folder, cadernetas de vacinação e apresentações em eventos científicos, os seguintes documentos disponíveis para consulta:

- Crianças em situação de risco social: limites e necessidades de atuação do profissional de saúde;
- Manual de Prevenção de acidentes e Promoção da Saúde nas Escolas;
- Manual Técnico – Saúde da Criança no 1º ano de vida;
- Manual de Atenção à Saúde do Adolescente;
- Caderno de Violência Doméstica e Sexual contra a criança e o adolescente.

A análise, propriamente dita, incidiu, portanto, sobre três (3) documentos selecionados e abaixo relacionados, que forneceram as bases conceituais da pesquisa:

1. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança¹: elaborado em 2003, pela Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, para o Programa Saúde da Família. Este material foi finalizado com o Grupo Técnico composto no Seminário dos Enfermeiros do PSF, em junho de 2002, em conjunto com a Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada (COGest) e aprovação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN – SP). Este documento tem a finalidade de instrumentalizar as(os) enfermeiras(os) que atuam nas Unidades de Saúde com a estratégia Saúde da Família e garantir que a assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de nortear as condutas no âmbito da Atenção Integral à Saúde da Criança.
2. Caderno Temático de Saúde da Criança (CTSC): elaborado em outubro de 2003 pela Coordenadoria do Desenvolvimento da Gestão Descentralizada, pela Área de Saúde da Criança (COGest) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), a fim de contribuir com a proposta institucional de gestão do Sistema Único de Saúde e subsidiar a construção de protocolos locais ou regionais.
3. Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida: elaborado em 2006 pela Coordenadoria do Desenvolvimento da Gestão Descentralizada pela Área de Saúde da Criança (COGest), integrante do Programa Mãe Paulista da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), que se constitui como um instrumento de apoio e consulta para o profissional de saúde, orientando o acompanhamento de recém-nascidos de baixo e alto risco.

Estes documentos foram submetidos à análise documental. Esta técnica se baseia na análise minuciosa do conteúdo dos documentos selecionados.

¹ A fim de complementar e expandir o número de documentos selecionados, optamos por pesquisar na base de dados “google”, por meio da expressão chave “documentos do município de São Paulo em Saúde da Criança”, assim foi encontrado o Protocolo de Enfermagem em Saúde da Criança.

Segundo Bardin (1988), esta técnica se caracteriza como:

um conjunto de operações que através do tratamento das informações contidas nos documentos acumulados objetiva a representação condensada e de forma conveniente da informação. Com o uso de procedimentos de sistematização busca o armazenamento de informações de modo variável e facilita o acesso às mesmas, para que obtenha o máximo de dados (aspecto quantitativo) e com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo) (Bardin, 1988).

Primeiramente, todos os documentos selecionados foram submetidos a uma leitura superficial a fim de captar, refletir e associar os conteúdos do material, tais como informações, esquemas lógicos e quadros teóricos (Bardin, 1988; Minayo, 2004).

Após uma aproximação com o contexto histórico e social da formulação das intervenções, a segunda etapa destinou-se à identificação da abordagem desses documentos, na qual foi realizado um levantamento sobre os principais focos de ação a que se destina, ou seja, processos físicos, mentais ou sociais, a partir do esquema de Labonte (1996), mencionado anteriormente.

Por fim procedeu-se a codificação das unidades de registro que correspondem *“ao segmento do conteúdo a considerar como uma unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (Bardin, 1988).

As unidades de registro contidas no *corpus* do estudo, que correspondem às palavras, frases, acontecimentos ou temas, foram aproximadas ao quadro teórico adotado para este estudo com a finalidade de transformar os dados dos documentos a partir da compreensão dos núcleos de significados do texto frente ao conceito de Promoção da Saúde.

A fim de garantir a organização do material coletado para a análise documental, foram adotadas as seguintes normas de validação (Bardin, 1988; Minayo, 2004):

Exaustividade: seleção de documentos que contemplam o objeto do estudo.

Representatividade: constituição de uma amostragem de documentos que represente o universo de ações em saúde da criança na atenção primária.

Homogeneidade: documentos que obedeçam os critérios de escolha de temas, técnicas e interlocutores.

Pertinência: a pertinência dos documentos pesquisados como fonte de informações capazes de responder ao objetivo do estudo.

Esta fase de pré-análise permite que o pesquisador formule novas hipóteses a partir dos procedimentos exploratórios. Assim, segundo Minayo (2004), nesta fase determinam-se a palavra chave ou frase (unidade de registro), a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro (unidade de contexto), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise propriamente dita.

Após a pré-análise, iniciou-se a exploração do material escrito, que consistiu na codificação, a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto, a partir da técnica de análise temática.

Foram selecionadas, portanto, as unidades de registro nos documentos, que se constituem por palavras, frases, tema, personagem ou um acontecimento. Em seguida foi feita a classificação dos dados conforme as categorias teóricas e empíricas que guiarão as especificações dos temas.

Segundo Bardin (1988), tema é uma:

unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis (Bardin, 1988, p. 74).

Complementando esta idéia, Minayo (2004) reforça que o tema é uma afirmação dentro de uma determinada área do conhecimento, cuja interface entre seus elementos constituintes e suas relações pode ser graficamente representada por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Ademais, o conceito de Promoção da Saúde foi identificado por meio de uma análise temática mais aprofundada dos objetivos das intervenções. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais enfermeiros.

Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas, o que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (Triviños, 1987; Minayo, 2004).

As entrevistas foram efetuadas com os profissionais enfermeiros, trabalhadores da atenção primária, e gravadas com seu consentimento. O instrumento utilizado foi o Roteiro de Entrevista (Anexo 1), sendo que cada questão contemplou o marco referencial teórico para a construção do objeto, como ressalta Minayo (2004).

As questões semiestruturadas que compreendem o roteiro de entrevista, estão relacionadas aos seguintes aspectos:

- **O conceito de Promoção da Saúde**, a fim de compreender a concepção norteadora das atividades de assistência numa perspectiva inovadora de atenção primária;
- **As ações e atividades realizadas ao grupo infantil**, com a finalidade de compreender o processo de trabalho do profissional enfermeiro e sua práxis;
- **As ações e atividades desenvolvidas pelo enfermeiro fora das unidades de saúde**, a fim de reconhecer a intersectorialidade como o componente fortalecedor na manutenção do bem-estar físico, emocional e social da população infantil;
- **A constituição da participação da comunidade**, a fim de identificar a participação da comunidade como rede de suporte na satisfação das necessidades de saúde das crianças;
- **As dificuldades no planejamento e execução das ações para a população infantil**, para compreender a apropriação da captação da realidade vivenciada por este grupo no planejamento e implantação de estratégias de atenção à saúde.

A entrevista é a técnica mais usada na realização de pesquisa de campo. Ela possibilita a coleta dados chamados objetivos, referentes a fatos reais e que poderiam ser conseguidos por outras fontes; e subjetivos, relacionados àqueles que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado (Minayo, 2004).

De acordo com Minayo (2004), a entrevista pode ser classificada em: (a) estruturada – questionários aplicados ao entrevistado com roteiros fechados escritos; (b) semiestruturada – na qual incluímos a história de vida

e as discussões de grupo, em que se torna importante a presença ou interação do pesquisador e os atores sociais.

A entrevista semiestruturada parte da elaboração de um roteiro que serve de orientação para o pesquisador e tem como objetivos a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades de um determinado grupo e a comparação de diferentes casos (Minayo, 2004).

É aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa. O roteiro é constituído por questionamentos elaborados a partir de teorias que acrescentam a ação do investigador e por todas as informações coletadas sobre o fenômeno social em estudo (Triviños, 1987).

A entrevista semiestruturada se constitui como uma técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa capaz de favorecer a descrição do fenômeno social estudado, sua explicação e a compreensão de sua totalidade (Deslandes, Neto, Gomes, Minayo, 1994). Esta técnica de coleta de dados possibilita, a partir da comunicação verbal, a identificação de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações de grupos constituídos em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas (Triviños, 1987).

A abordagem qualitativa serve para a aproximação da realidade a ser estudada. Esta metodologia permite identificar a questão social com possibilidades de investigação (Gil, 1994).

A entrevista semiestruturada propicia que o informante discorra livremente sobre o tema proposto e o roteiro se constituiu um guia para “uma conversa a dois” e não um instrumento cerceador (Minayo, 2004).

O entrevistador não se restringe ao roteiro previamente elaborado, e pode intervir por meio de perguntas que possibilitem o entrevistado ampliar sua explanação e aprofundar as informações. Assim, o material produzido tende a ser mais extenso e com maior profundidade.

Para atender as especificações da técnica da entrevista semiestruturada, é necessário que o entrevistador tenha ou produza familiaridade com o “campo” de coleta de dados. Torna-se, portanto, fundamental uma apresentação inicial da pesquisa para o entrevistado

mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), após aprovação no Comitê de Ética. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 05 de julho de 2007 (Parecer n° 170/07 – CAAE: 0079.0.162.000-07 – Anexo 3).

Foram realizadas no total onze (11) entrevistas no total. Dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, sete (7) desempenham suas funções em unidades básicas de saúde tradicionais, três (3) em unidades de saúde da família e somente um (1) em unidade básica de saúde mista, ou seja, que possui assistência de acordo com o modelo saúde da família e o tradicional (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição do número de entrevistas realizadas de acordo com o tipo de unidade de saúde e sua respectiva codificação para apresentação das análises.

UNIDADES DE SAÚDE	N° DE ENTREVISTAS
Unidade de Saúde da Família	3 enfermeiros
Unidade Básica de Saúde	7 enfermeiros
Unidade Mista de Saúde	1 enfermeiro

Dentre os entrevistados, tivemos uma prevalência do sexo feminino, com 90,9% (dez enfermeiras), e somente um profissional do sexo masculino (9,1%). A faixa etária dos sujeitos está entre 31 e 55 anos, sendo que 72,7% (oito) têm mais de 40 anos.

Com relação ao tempo de formação em graduação, este varia de 7 a 28 anos, com moda de 16,4 anos. Ao identificarmos aqueles que possuem especialização *lato-sensu*, observamos que quatro (36,4%) realizaram em saúde coletiva e/ou saúde pública. Outros quatro (36,4%) em outras áreas não relacionadas à atenção primária, sendo que dois profissionais (18,2%), apesar de não terem este tipo de formação, realizaram a modalidade

“habilitação”. Somente um profissional (9,0%) não tem nenhum tipo de formação completar à graduação.

Em relação ao tempo de trabalho em atenção primária, o número de anos varia entre 1 e 10 anos, com predominância de 5 e 6 anos de atuação, sendo que a carga horária de trabalho diária está distribuída da seguinte forma: sete (63,6%) atuam oito horas por dia e quatro (36,4%) atuam seis horas por dia com duplo vínculo.

De acordo com Triviños (1987), a duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que delimitam a ação do entrevistador e o assunto em estudo, assim não foi delimitado tempo de realização da entrevista a fim de proporcionar maior explanação do sujeito entrevistado em relação ao fenômeno estudado.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como modo de organização dos dados discursivos.

O Discurso do Sujeito Coletivo se constitui como a soma qualitativa de expressões-chave semelhantes de indivíduos distintos e busca *“resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos”* (Lefèvre, Lefèvre, Teixeira, 2000, p.19). É um método para apreender situações do cotidiano mediante depoimentos dos sujeitos, que apresentam identidades e representações semelhantes manifestadas na prática social e nos discursos.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de organização dos dados qualitativos extraídos de entrevistas, depoimentos, artigos, cartas sob a forma de um ou vários discursos-síntese com a finalidade de expressar o pensamento de uma coletividade, elaborando assim um discurso único sobre determinada temática (Lefèvre, Lefèvre, Teixeira, 2000).

Outras pesquisas, Ferri (2006), Fracoli (2007), Almeida (2007), Pereira (2007), Silva (2008), já utilizaram esta técnica e demonstraram ser apropriada para a temática em estudo.

A organização dos dados ocorre a partir da estruturação da ancoragem, Idéia Central, expressões-chave e do discurso do sujeito coletivo. Essas definições equivalem às categorias e grupos temáticos utilizados tradicionalmente na análise qualitativa.

A “ancoragem” se refere ao alicerce do estudo, ou seja, as teorias, conceitos, hipóteses. Esta, neste estudo, se constituiu na pergunta norteadora da entrevista, ou seja, o roteiro de entrevista foi construído baseado no conhecimento prévio de conceitos, teorias e hipóteses que norteiam a pesquisa em questão.

As “idéias centrais” são as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo. As “expressões-chave” são constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos e, estas, em conjunto, se constituem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Foram agrupadas diversas expressões-chave a partir das idéias centrais selecionadas e, por conseguinte, foram elaborados vários discursos correspondentes aos questionamentos do roteiro norteador, identificando-se assim, para cada questão os discursos que faziam referência às ações do profissional enfermeiro na assistência à saúde da criança na atenção primária.

A organização dos dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas está representada na figura a seguir.

Figura VIII. Organização dos dados qualitativos coletados nas entrevistas semiestruturadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados a partir do referencial da hermenêutica-dialética, entendida como um caminho do pensamento, capaz de realizar uma reflexão consistente sem se separar da práxis (Deslandes, Neto, Gomes, Minayo, 1994). A hermenêutica se constitui como uma “teoria crítica da interpretação” (Liamputtong, Ezzy, 2005).

A hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento, que pode ser literal no sentido de averiguação das expressões usadas, ou temáticas, que consiste na compreensão simbólica de uma realidade. Assim, a linguagem se constitui o núcleo central (Minayo, 2004).

A hermenêutica traz para o plano do tratamento dos dados as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas mais profundas do dia-a-dia. Este tipo de pesquisa também analisa os dados da realidade tendo como *“ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação”* (Minayo, 2004).

Portanto, o método hermenêutico é aplicado para a vida social, uma vez que o entendimento da realidade é influenciado pela interpretação desta realidade, conjuntamente com o que acontece no mundo, ou seja, os acontecimentos históricos (Liamputtong, Ezzy, 2005).

A tarefa interpretativa é realizada por meio de caminhos interpretativos, que consistem em diferenciar a compreensão do contexto da comunicação, da compreensão do contexto do pesquisador, explorar e deduzir as definições de situação que o texto transmitido permite e analisar o conteúdo a partir do compartilhamento das referências formais à vida social. Assim, a hermenêutica tenta compreender o texto nele mesmo (Minayo, 2004).

O conceito de dialética é construído historicamente e este se constitui por elementos que, segundo Habermas (1989), são caracterizados pela razão humana que, ao mesmo tempo em que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia pelo significado presente na linguagem, o

qual é composto pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder. Para o autor, o fundamento da comunicação são as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas.

Portanto, há uma associação entre a hermenêutica e a dialética, uma vez que seu o ponto de partida comum é o homem e ambas têm como objeto de análise a práxis social, buscando a afirmação ético-política do pensamento.

Assim, o método dialético trabalha tendo como pressuposto o método hermenêutico e analisa o depoimento, a fala como resultado do processo social e de conhecimento.

A hermenêutica-dialética possibilita ao pesquisador *“entender o texto, a fala e o depoimento como resultado de um processo social e de conhecimento decorrente de múltiplas determinações, porém com significados específicos”* (Deslandes, Neto, Gomes, Minayo, 1994).

Segundo Deslandes, Neto, Gomes, Minayo (1994),

o método coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida, portanto sendo um método capaz de realizar uma interpretação mais aproximada da realidade (Deslandes, Neto, Gomes, Minayo, 1994),

Assim, a hermenêutica-dialética foi utilizada como referencial para analisar os dados empíricos desta pesquisa, com a finalidade de atender aos objetivos propostos no campo de análise da Promoção da Saúde.

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos a partir da análise documental e da realização das entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A realização da análise documental nos instrumentos institucionais encontrados permitiu identificar as esferas de análise conceitual da Promoção da Saúde a partir do referencial teórico utilizado.

Optamos por apresentar os resultados da análise dos documentos selecionados em separado, a fim de propiciar uma maior aproximação com o material analisado.

5.1.1 O conceito de Promoção da Saúde no Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança.

O presente material se apresenta dividido em oito capítulos. Em sua “introdução”, é possível identificar a finalidade do material proposto, que ressalta a importância de um atendimento integral à saúde da criança e considera a diversidade do município como determinante na identificação de diferentes características de problemas e necessidades da população infantil, o que norteia o processo de estruturação das ações a esta população.

Vale destacar que o instrumento se restringe ao grupo de profissionais enfermeiros na perspectiva de respaldar suas ações em saúde da família a partir deste protocolo. Assim, os próximos capítulos direcionam as explicações basicamente ao modo de atendimento à criança, referindo-se à atuação do enfermeiro no âmbito da unidade de saúde/ atenção primária, por meio de consultas e grupos de orientações, e na comunidade por meio da visita domiciliar.

Apesar do enfoque dado à avaliação dos riscos ambientais e socioeconômicos, o seguimento da criança é enfatizado no que se refere à identificação de riscos nutricionais, de desenvolvimento e crescimento. Destaca-se ainda a valorização da vacinação e do aleitamento materno, bem como a assistência de enfermagem as queixas mais comuns na infância, dentre elas, a escabiose, pediculose, dor de ouvido, parasitose intestinal e diarreia.

Partindo-se, portanto, do referencial teórico estabelecido para a análise dos documentos selecionados, conforme a proposição de Labonte (1996), as dimensões que compõem a saúde da criança foram selecionadas a partir da leitura aprofundada deste protocolo.

Assim, embora alguns trechos do documento contemplem a interação entre as dimensões, ou seja, suas interfaces, tem-se, em maior destaque, o atendimento à criança propriamente dito, como mostra o quadro 3 a seguir.

Quadro 3. Análise documental do Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e sua distribuição no esquema de Labonte (1996).

Dimensões	Temáticas identificadas
Física - ENERGIA VITAL	Aleitamento materno e Amamentação Alimentação e Nutrição Vacinação Prevenção de acidentes Exame do pezinho Desenvolvimento neuropsicomotor Desenvolvimento pondero-estatural Complementação vitamínica Cólicas Problemas dermatológicos Problemas intestinais Baixo peso
Emocional - PROJETO DE VIDA	Conteúdo programático para grupos educativos – importância do exemplo dos pais (brincar, contar histórias)
Social - VIDA COMUNITÁRIA	-
Interfaces	
Habilidade para fazer o desejado	Conteúdo programático para grupos educativos – importância do exemplo dos pais (diálogo, ensinar habilidades).
Relações sociais	Conteúdo programático para grupos educativos – relação familiar; ciúmes do irmão mais velho.
Ter controle sobre a vida	Conteúdo programático para grupos educativos – direitos da criança; distribuição das atribuições da família no cuidado.

Assim, podemos perceber a partir da análise do quadro apresentado, que a dimensão física que compreende os processos biológicos está em maior evidência, representado da seguinte forma:

Figura IX. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque as dimensões e interfaces identificadas no Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança.

5.1.2 O conceito de Promoção da Saúde no Caderno Temático de Saúde da Criança.

Este caderno inicia-se com a apresentação das características epidemiológicas e os perfis de morbi-mortalidade da população infantil. Em seguida, expõe sobre a Agenda de Compromisso do Conselho Municipal de Saúde para os Ciclos de Vida da Criança, destacando como metas prioritárias a redução da mortalidade infantil, a redução da morbidade por doenças respiratórias e a garantia do acompanhamento às crianças consideradas de risco.

Apresenta ainda as Diretrizes Políticas para atenção primária à saúde da criança, referindo-se especificamente ao atendimento regionalizado, hierarquizado, integrado e articulado bem como a garantia da participação da comunidade e a realização de ações intersetoriais; e Diretrizes Técnicas que se relacionam ao atendimento à demanda programada e eventual (acolhimento), ao comprometimento da equipe na vigilância à saúde da criança, na priorização da criança de risco, no desenvolvimento de ações coletivas em creches e escolas e a ênfase nas ações de Promoção da Saúde, estas compreendidas em ações *“sobre os determinantes dos agravos e a construção de ambientes e alternativas de vida mais saudáveis”*.

De maneira geral, o documento trabalha o seguimento infantil partindo de seu contexto histórico e por meio dos instrumentos de registro do acompanhamento da criança para, em seguida, direcionar um capítulo ao acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida, dividindo as especificidades de acompanhamento à criança de baixo risco e de alto risco, delimitando o exame físico do recém nascido, a nutrição e alimentação da criança normal, o aleitamento materno, a interação entre os pais e o bebê, avaliação do crescimento, avaliação do desenvolvimento, a imunização e a atenção à saúde da criança com deficiência.

Em seguida, faz referência ao acompanhamento da criança em idade pré-escolar e escolar com enfoque na avaliação do desenvolvimento, crescimento, nas dificuldades escolares, nas necessidades especiais e no abuso de drogas.

O documento apresenta ainda os principais problemas de saúde identificados nesta fase de desenvolvimento, entre eles os relacionados à saúde bucal, problemas respiratórios, problemas gastro-intestinais, problemas de visão, de audição e acidentes domésticos. Além disso, traz uma contribuição em relação aos problemas relativos à violência e ao trabalho infantil.

Em seu último capítulo há uma abordagem do conceito de Promoção da Saúde. Os textos, no entanto, discorrem sobre a construção de um conceito de saúde e cidadania baseado na proposta “Escola Saudável”,

além da importância do meio ambiente como requisito para proporcionar melhorias na qualidade de vida e bem-estar na infância.

Assim podemos perceber que, apesar da referência ao conceito de Promoção da Saúde, o Caderno Temático da Criança valoriza, em sua maioria, aspectos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento infantil bem como aos processos físicos de adoecimento, como mostra o quadro 4.

Quadro 4. Análise documental do Caderno Temático de Saúde da Criança e sua distribuição no esquema de Labonte (1996).

Dimensões	Temáticas identificadas
Física - ENERGIA VITAL	Aleitamento materno e Amamentação Alimentação e Nutrição Imunização Prevenção de acidentes Desenvolvimento neuropsicomotor Desenvolvimento pondero-estatural Complementação vitamínica Problemas comuns na infância Acompanhamento no abuso de drogas Saúde bucal Violência contra a criança
Emocional - PROJETO DE VIDA	-
Social - VIDA COMUNITÁRIA	Meio ambiente Cidadania
Interfaces	
Habilidade para fazer o desejado	-
Relações sociais	Intersetorialidade Trabalho infantil
Ter controle sobre a vida	Crianças com necessidades especiais Participação da comunidade

Portanto, a partir da análise do quadro apresentado, percebemos que a dimensão física que compreende os processos biológicos está em maior evidência, como representado na figura a seguir:

Figura X. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque as dimensões e interfaces identificadas no Caderno Temático de Saúde da Criança.

5.1.3 O conceito de Promoção da Saúde no Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida.

Elaborado por outra administração municipal, este manual integra o Programa Mãe Paulista, que tem como objetivo implementar uma rede de assistência à gestante, ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido no primeiro ano de vida, com ênfase no recém-nascido de alto risco.

O documento é composto por três capítulos divididos em introdução, atendimento ao recém-nascido e atendimento à criança. A introdução apresenta alguns dados de morbi-mortalidade como justificativa para a construção do instrumento em questão.

O capítulo referente ao atendimento ao recém-nascido compreende ações técnicas voltadas ao acompanhamento da criança desde o seu nascimento até o momento da alta hospitalar, com orientações relacionadas à assistência clínica e laboratorial.

Ao fazer referência ao atendimento da criança, o manual está direcionado especificamente ao acompanhamento ambulatorial, enfatizando os principais problemas de saúde relacionados a esta fase, apresentando ainda cronogramas de agendamento bem como os segmentos biológicos da criança que devem ser pesquisados e o exame físico.

Portanto, o quadro 5 nos evidencia que, dentre os documentos pesquisados, o Manual Técnico Saúde da Criança não faz uma abordagem da Promoção da Saúde no seu conceito mais ampliado e se constitui, especificamente, como orientador das ações curativas no âmbito da atenção à saúde da criança.

Quadro 5. Análise documental do Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida e sua distribuição no Esquema de Labonte (1996).

Dimensões	Temáticas identificadas
Física - ENERGIA VITAL	Triagem neonatal Aconselhamento genético Imunização Avaliação neurológica/ desenvolvimento Avaliação do crescimento Problemas auditivos e oftalmológicos Orientação alimentar Hospitalização do neonato
Emocional - PROJETO DE VIDA	-
Social - VIDA COMUNITÁRIA	-
Interfaces	
Habilidade para fazer o desejado	-
Relações sociais	-
Ter controle sobre a vida	-

O manual enfatiza, portanto, a dimensão física que compreende os processos biológicos, como representado na Figura XI:

Figura XI. Dimensões de saúde e bem-estar, em destaque a dimensão identificada no Manual Técnico Saúde da Criança – Primeiro Ano de Vida.

5.2 PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Em relação à análise do conteúdo das entrevistas, primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante dos discursos com o intuito de entender o conjunto das transcrições. Em seguida, foram necessárias sucessivas leituras para que fosse possível identificar os núcleos de sentido relacionados às questões que compuseram o roteiro da entrevista. Algumas respostas não correspondiam à seqüência das perguntas, portanto foi realizado um processo de reagrupamento das mesmas em subtemas.

Posteriormente, foram identificadas as expressões-chave em cada resposta, representadas pelas falas literais dos entrevistados. Destas expressões identificadas, construíram-se as idéias centrais. Optamos por categorizar as idéias centrais identificadas, agrupando-as conforme a pergunta elaborada no roteiro. Por fim, foram formados os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) que serão apresentados a seguir.

5.2.1. O conceito de Promoção da Saúde.

A partir da organização dos dados, iniciamos a etapa de interpretação, apoiada no referencial teórico já descrito. A leitura analítica nos reportou às diversas temáticas centrais que serão apresentadas a seguir.

As ações e práticas dos enfermeiros em atenção primária estão relacionadas à compreensão do profissional e a sua interpretação da realidade. Para que possamos, portanto, entender o que direciona esta prática, ou seja, qual o conceito de Promoção da Saúde que direciona estas ações, iniciaremos pela apresentação dos resultados a partir do entendimento dos enfermeiros pesquisados em relação a este conceito.

Para Labonte (1996), o trabalho em Promoção da Saúde pode ser dividido em três formas distintas:

- com enfoque biomédico – que se preocupa com os grupos de risco, detecção precoce das doenças e o provimento de serviços de saúde;
- com enfoque da saúde pública – relacionado aos estilos de vida das pessoas, sendo que o trabalho em saúde está direcionado para a elaboração de programas com a finalidade de modificar comportamentos de alto risco;
- com enfoque sócio-ambiental – que direciona o trabalho em situações de vulnerabilidade psicossociais valorizando o modo como o indivíduo lida com as situações.

Reduzindo as proposições de Labonte (1996), Buss (2003) propõe dois grupos de conceituação da promoção da saúde. Um grupo no qual ela está constituída por ações relacionadas à transformação dos comportamentos individuais, nos estilos de vida, portanto as atividades devem ser elaboradas a partir dos riscos comportamentais, e o outro que caracteriza a saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida e em que as atividades estariam relacionadas ao coletivo e ao ambiente, intervindo a partir do planejamento de políticas públicas e de ambientes favoráveis para o desenvolvimento da saúde, assim como no estímulo da participação da comunidade (Buss, 2003).

Portanto, o material empírico levantado na presente pesquisa pode ser analisado a partir de Labonte (1996). Assim, considerando as três formas de conceituação da Promoção da Saúde, propostas por este autor, encontramos três Idéias Centrais (IC), como apresentadas a seguir:

IC 1 – Promoção da Saúde como subconjunto da Prevenção de Doenças (condutas individuais – no intuito de afastar a doença e evitar que ela não se manifeste) – estratégias curativas e preventivas.

DSC: Seria o atendimento, consultas, controles de hipertensos, diabéticos, exames do pé, promoção do aleitamento materno, orientações de cuidados com o bebê, eu acho que engloba tudo na verdade. Você tem que educar, prevenir para evitar, pra prevenir complicações de uma doença. Só com

educação em saúde, mas tem que ser todos os profissionais de saúde. É prevenir contra as doenças, prevenção de doenças. Tem que ser toda aquela orientação que a gente tem, porque nem todos sabem. Uma medicina preventiva, promover saúde dentária. É a parte de vacinação, pelo menos é o que a gente oferece e que não deixa a desejar. Ver as vacinas que estão dentro do calendário sem problemas. Acesso ao vestuário, um bom atendimento clínico, médico, um atendimento de enfermagem, um bom acompanhamento, a vacinação.

A Idéia Central (IC) 1 indica a conceituação da Promoção da Saúde com base na visão reduzida à Prevenção de Doenças, mostrando a preocupação do profissional enfermeiro com o enfoque biomédico, ou seja, com a detecção precoce de doenças e o seu controle.

Expressa o pensamento de um grupo que considera a Promoção da Saúde conforme o significado dado por Leavell & Clark, em 1965, no modelo da “História Natural da Doença”, o qual estaria representado por três níveis de prevenção e que dentro deles existiriam cinco componentes distintos nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas (Buss, 2003).

No modelo citado, a Promoção da Saúde está incluída no nível da prevenção primária, ou seja, é a denominação dada às medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente.

Podemos dizer, portanto, que, ao analisarmos o conceito de Promoção da Saúde na perspectiva dos profissionais enfermeiros que realizam assistência à criança na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, alguns profissionais o traduzem enquanto ações preventivas limitando suas práticas a intervenções direcionadas exclusivamente aos agravos específicos e aos grupos de risco.

IC 2 – Promoção da Saúde enquanto estratégia de eliminação permanente da doença a partir da intervenção nos estilos de vida pela mudança do comportamento.

DSC: É tudo que tende a melhorar qualidade de vida seja em qual esfera for da faixa etária de idade, o agente [de saúde] de orientar as pessoas de todo o tipo de ângulos não só depois que ficou doente, na saúde, tem que correr em cima do processo saúde-doença, e sim quando tem saúde saber

prevenir para que a pessoa tenha qualidade de vida. Atividades educativas, prevenção, orientações, fazer grupos, educar a comunidade a como viver melhor, quanto a esse conhecimento para eles estarem reconhecendo que realmente eles, fazendo tudo isso, vai melhorar a saúde deles. É o contato direto com a população no caso com as pessoas que a gente tem contato, seja pelo motivo que for, a gente sempre tem condições de estar ensinando alguma coisa ou até aprendendo alguma coisa, mudando um pouquinho a cabeça, sabendo o que quê ele sabe, o que quê ele está fazendo de errado, as alterações que ele tiver tendo, a gente pode estar ensinando.

A IC 2 relata o entendimento de profissionais enfermeiros do conceito de Promoção da Saúde que ultrapassa o modelo biomédico. Porém o restringe ao enfoque da saúde pública, direcionado às mudanças de estilos de vida, mudanças comportamentais, como forma de interferir nos processos de adoecimento do indivíduo.

Esta abordagem evidencia a elaboração de ações e atividades de promoção da saúde que se constituem como aquelas dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os na família ou na comunidade em que vivem. Assim, essas atividades se direcionam prioritariamente aos riscos comportamentais que estão sob o controle do indivíduo.

A diferenciação do conceito de Promoção da Saúde e de prevenção de doenças está relacionada ao foco das abordagens direcionadas ao comportamento individualizado para a redução dos fatores de risco de determinadas enfermidades (Buss, 2003). Ou seja, as intervenções não são direcionadas somente aos grupos de risco, mas a toda população, a fim de reduzir os comportamentos de alto risco. Não incluem, porém, ações voltadas ao estímulo da participação comunitária, que têm alcance para transformar a realidade.

IC 3 – Promoção da Saúde na sua perspectiva socioambiental – políticas públicas saudáveis, *empowerment* comunitário, reorganização dos serviços de saúde.

Tema A – Direito social.

DSC: É você ter uma qualidade de vida enquanto cidadão, você ter o direito de viver de uma melhor forma possível em todos os sentidos. É gerar o bem estar da criança. Quando você pára e vê “nossa, aquilo que eu estou falando

não está sendo entendido”. É o bem estar geral que você pode promover tanto físico como bem estar social, o bem estar psíquico, está envolvida a parte de lazer e a parte social, é adequar as coisas com a necessidade. Eu preciso conhecer a minha população, saber o que é que eu tenho, onde é que eu tenho que intervir, da forma que eu tenho que intervir, reconhecer as necessidades dessa população para daí você buscar intervenções, como grupo, atendimento, o que funciona mais, o que vai de encontro com as necessidades dessa população. É empoderamento, é a própria pessoa ter condições de identificar a sua situação de saúde, a sua situação de vida, decidir e intervir. É muito mais do que a unidade básica de saúde é muito mais do que um grupo, uma palestra, envolve escola, envolve cultura, isso envolve condições de vida e moradia, questão de opção, da pessoa poder, ela ter instrumentos pra optar de fato por alguma coisa.

Tema B – Relações familiares e interpessoais.

DSC: É fazer com que aquela família, aquela criança consiga ter seu crescimento, seu desenvolvimento da melhor forma possível, utilizando alguns recursos que a própria unidade básica pode estar oferecendo, a própria família, na questão do vínculo, na questão do afeto, na questão do amor, na questão da cumplicidade e na questão do planejamento, se foi por um acidente. A questão da alimentação, do acesso ao vestuário, um bom atendimento clínico-médico, um atendimento de enfermagem, um bom acompanhamento e a vacinação. É ouvir, sentir aquela família, aquela mãe, aquele binômio e suas dificuldades. Ter paciência de ouvi-la, ou então de pedir ajuda, isso faz com que você consiga promover o vínculo, uma boa adesão, um tratamento moldável, e se você não fizer isso você acaba ali mesmo. E você tem que entender que ela tem que fazer isso, e às vezes aquele bebê vive naquela produção, naquele ambiente insalubre, e é difícil você ter um equilíbrio, você tem que ir buscando, tem que ir tateando, tem que ir revendo alguns conceitos, alguns valores.

Podemos perceber que a IC 3 está relacionada ao entendimento ampliado de Promoção da Saúde, o qual se relaciona com a perspectiva socioambiental, podendo desta forma ser identificada pela participação ativa e valorização do indivíduo enquanto cidadão participativo da sociedade.

No entanto, conforme vimos anteriormente, a concepção de Promoção da Saúde na perspectiva de Labonte (1996) está relacionada às dimensões de saúde e bem-estar. Nesta perspectiva, esta promoção diz respeito a um conceito ampliado construído ao longo dos anos, decorrente do entendimento de que a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais.

É importante ressaltar ainda que as estratégias de promoção deveriam ser mais integradas e intersetoriais, ressaltando a participação comunitária na sua formulação e implementação, o que está contemplado de forma sutil no DSC referente à IC 3.

A ampliação incorpora a valorização das tecnologias leves, centradas no diálogo e na maior horizontalidade de poder entre os profissionais e a população.

Percebemos, portanto, que as concepções do conceito de Promoção da Saúde pelos profissionais enfermeiros da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã contemplam todos os seus âmbitos de atuação, no entanto de maneira excludente. Ou seja, as definições dadas à promoção da saúde se concretizam na exemplificação de ações direcionadas prioritariamente à prevenção de doenças e à transformação de estilos de vida.

Como afirma Fernandez e Regules (1994), a Promoção da Saúde se constitui como uma estratégia complementar na saúde coletiva, integral e capaz de afetar tudo e todas as pessoas que já estavam sendo acompanhadas, a fim de construir novos instrumentos e reorientar suas finalidades. Assim, as ações de promoção são complementares e não excluem outros modos ou modelos de abordagem, acompanhamento da população, bem como outras formas de planejamento de programas de saúde.

A Promoção da Saúde está ligada a um processo vital humano com duas polaridades, vida – morte. Seus objetivos enfatizam um cuidado da saúde e da vida o qual implica uma mudança radical tanto na estrutura dos sistemas de saúde, como na assistência e na formação de recursos humanos, sem desconsiderar o componente curativo e preventivo. Corroborando com esta afirmação, Franco (1994) ressalta:

Não estamos negando o momento curativo, estamos ampliando a dimensão para um território em que é construído em seu próprio espaço, mas em uma dialética maior, em um universo maior, em uma polaridade, em uma ordem de relações enormemente maior. Este universo maior é dimensionado por novos paradigmas em saúde reconhecidos como os fundamentos da Promoção da Saúde (Franco, 1994).

A Promoção da Saúde é essencialmente propositora de estilos de vida saudáveis, direcionando seus esforços tanto para a promoção geral, de

toda a comunidade, como para os indivíduos em seu contexto de vida cotidiana. Busca atuar no coletivo sobre os determinantes de saúde, promovendo o desenvolvimento humano e bem-estar de todos os indivíduos (Franco, 1994).

As iniciativas da Promoção da Saúde podem ser classificadas de acordo com Naido e Wills (1994) como:

- biomédicas – caracterizada por uma definição de saúde como ausência de doença e pela assistência centrada na cura, tratamento e prevenção de doenças específicas;
- comportamentais – ações dirigidas à mudança de comportamento do indivíduo, voltado aos estilos de vida e limitadas aos fatores de controle do indivíduo;
- educacionais – centrada nos estilos de vida, porém no desenvolvimento do *empowerment* individual ou da auto-ajuda;
- *empowerment* coletivo – desenvolvimento comunitário e participação coletiva;
- transformação social – construção participativa das políticas públicas saudáveis por meio da equidade e que orienta para a mudança das relações de poder e para ações sobre os determinantes sociais.

Partindo desta classificação, Westphal (2006) re-classificou os conceitos de Promoção da Saúde e de saúde que orienta o tipo de prática de cada vertente, como mostra o quadro 6.

Quadro 6. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde.

ABORDAGENS	BIOMÉDICA	COMPORTAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
Conceito de saúde.	Ausência de doença e incapacidade.	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos.	Estado positivo; bem-estar bio-psico-social e espiritual; realização de aspirações e atendimento de necessidades.
Determinantes de saúde.	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas da doença.	Biológicos, comportamentais, estilos de vida inadequados à saúde.	Condições de risco, biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais.
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas e cirurgias.	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Coalizões para advocacia e ação política; - Promoção de espaços saudáveis; - Empoderamento da população; - Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes; - Reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional.	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais.	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

Fonte: Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS et al, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.635-667.

Assim, conforme apresentado no quadro anterior, podemos dizer que a Prevenção das Doenças está relacionada mais diretamente a visão biomédica e comportamentalista do processo saúde-doença, enquanto que a Promoção da Saúde está definida como uma prática emancipatória, com uma visão na dimensão socioambiental do processo saúde-doença.

O maior problema identificado no material estudado diz respeito à falta de clareza destes âmbitos e o fato de tratá-los como sinônimos. Esta indefinição ou imprecisão acarreta outras dificuldades para avaliação e superação de problemas, restringindo o alcance da promoção da saúde na prática dos profissionais.

De maneira geral, as idéias centrais identificadas e os discursos do sujeito coletivo elaborados nos reporta a duas concepções diferenciadas de Promoção da Saúde. Conforme as definições de Westphal (2006), uma concepção está relacionada à visão biomédica, que evidencia as ações preventivas e programáticas; e outra relacionada à visão comportamentalista, voltada a mudança de estilos de vida.

Porém, identificamos que na descrição do conceito de Promoção da Saúde, os enfermeiros utilizaram exemplos relacionados a suas ações cotidianas de assistência e, apesar de não compreenderem com clareza a definição desta concepção, relataram experiências positivas de intervenção relacionada à concepção socioambiental ao relatarem a importância do vínculo familiar, a necessidade da escuta individualizada e a interferência dos espaços de lazer no processo saúde-doença da criança.

5.2.2. Ações e atividades para o grupo infantil.

Em relação às atividades e ações desenvolvidas na saúde da criança, ao serem questionados sobre esta temática, os profissionais enfermeiros relatam experiências pessoais na assistência e no atendimento na unidade de saúde e extramuros.

Dentre os tipos de ações realizadas, podemos observar que estas se constituem por atividades relacionadas à dimensão física e às interfaces de intervenção propostas por Labonte (1996), como seguem:

IC 1 – Estratégias de ações direcionadas à vitalidade física.

Tema A – Consulta individual

DSC: Faz o protocolo de puericultura, que preconiza a criança ao nascer, com visita da enfermeira pelo menos 15 dias depois e com 30 a 40 dias vem a mãe e a criança na primeira consulta com o médico, com 2 meses passa com a enfermeira, até completar 6 meses, vem no quarto e sexto mês, e depois passa a ser de 3 em 3 meses, e 9 e 12 meses, depois passa para 6 meses, 18 meses e 24 meses. Na consulta de enfermagem você pesa, mede a criança, verifica reflexos, verifica a carteira de vacina, se está em dia, verifica se o peso e a medida estão de acordo, verifica se a criança está ganhando peso ponderal proporcional à idade e dá as orientações. As orientações são mais voltadas para a alimentação e as vacinas. Quando o agente traz alguma criança que está fora de dois anos de idade, acha que tem alguma coisa, então a gente agenda uma consulta de enfermagem. As crianças que eu identifico que tem dificuldade de ganhar peso ou que eu observo qualquer risco eu acabo pedindo pra agendar consulta de enfermagem. Quando chega um problema o enfermeiro dá uma avaliada

Tema B – Grupos

DSC: Para as crianças maiores, a partir de dois anos, a gente também tava reforçando a questão da vacina dos quatro anos, checando essa parte da alimentação, esse crescimento e desenvolvimento. O grupo de peso também é indicado pra crianças acima de dois anos, que saem da prioridade, mas a cada seis meses faz parte da agenda que essas crianças passem pelo grupo de peso e pela avaliação de crescimento. O grupo de desenvolvimento infantil é para crianças na faixa etária de zero a um ano e de um a dois anos, para estar avaliando o desenvolvimento dessas crianças. E em pediatria como extras tem os mini-grupos, por exemplo, o de recém nascido, que vai orientar cuidados com o RN. Trabalho com a “mãe paulistana”, eu faço o banho do nenê, oriento amamentação e aleitamento para gestantes. No grupo também tem algumas crianças que junto com a anemia estão com verminose, aí a gente também tende a falar um pouco de verminose, dos cuidados de higiene. Então fica uma coisa bem da prática, bem da realidade. Estou fazendo avaliação de peso e altura, a gente dá uma olhada geral nas crianças, assim, palidez palmar, se tem alguma queixa, se está com pediculose, e estamos colocando cada criança no gráfico, fazemos uma palestrinha sobre pediculose. A gente faz orientações gerais sobre alimentação a todos. As pediatras pesam as crianças da creche e orienta, se alguém está precisando fazer coleta de fezes, a puericultura.

Tema C – Ações de Vigilância

DSC: Agora vacinação a gente pega tudo. Quando os exames são necessários a gente coleta também, faz a coleta aqui do bloqueio, encaminha pro laboratório e, se tem alguma alteração, a gente faz o agendamento, orienta a mãe, e se for alguma coisa mais específica a gente encaminha para o médico. A vacina é minha para fazer bloqueio, fazer orientação e faço a visitação nas creches e bloqueio quando tem meningite e quando tem varicela. Aqui eu não sei muito da nossa população menor de cinco anos, mas na sala de vacina a gente faz tudo. Na campanha a gente pega tudo. A minha área é fazer bloqueio, fazer orientação, eu vou, às vezes tem problema com rotavírus, e faço a visitação nas creches. Orientação e bloqueio quando tem meningite, quando tem varicela, agora a última foi varicela, eu acabei de vacinar, são 5 creches e eu atendo fora. A gente só atende escolas e creches quando é necessário bloqueio. Fora da unidade a gente faz orientação de atividade na varicela todo o ano. Tem um surto? Nós é que vamos lá já pra estar intervindo que não haja mais casos e que aquele caso, vê o nome da criança, os comunicantes. A gente vai, faz a visita, a gente tem que ir atrás pra ver o que está acontecendo pra não perder o paciente em relação à imunização também, se tiver um caso na creche ou na escola qualquer, mesmo que seja particular uma suspeita de uma rubéola, por exemplo, a gente vai e faz o bloqueio.

Tema D – Atendimento de Enfermagem/ Triagem

DSC: As enfermeiras fazem um pré-atendimento. Se for urgente você pode resolver o problema e orientar, resolver e dispensar. Se a criança chega, não tem consulta marcada, vai pra enfermagem que verifica a temperatura, se tem um broncoespasmo a gente já procura avaliar, chamar o médico, se for inalação, a gente faz inalação com soro fisiológico rapidinho. A gente avalia sinais de desidratação rapidinho, já aplica um pouquinho o AIDPI [Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância] rápido. A gente faz visitas quando a gente tem alguma suspeita de alguma doença infecto-contagiosa, realiza a V.D. pra estar vendo a família, orientando o familiar e colhendo os exames. Temos os atendimentos de urgência e das orientações mais específicas.

Ao identificarmos as ações do enfermeiro direcionadas à população infantil, percebemos que os DSC apresentados anteriormente estão direcionados essencialmente ao aspecto curativista do atendimento de enfermagem, ou seja, as práticas se relacionam fundamentalmente aos programas assistenciais preconizados pelo governo municipal e federal, o que condiz com a visão curativa dos documentos oficiais norteadores da assistência em atenção primária.

Em relação ao atendimento individualizado, os enfermeiros demonstram um engessamento da prática, uma vez que atribuem este tipo

de assistência àquelas crianças que se encontram na faixa etária denominada “prioridade” dentro do modelo assistencial. A puericultura, ou seja, o atendimento à criança entre zero e dois anos, continua a ser considerada como uma maneira de formalizar a assistência com a criança sem, necessariamente, compreendê-la na sua essência e como alternativa para explorar o ambiente individual do cuidado (Rizzini, 1993).

Há várias oportunidades que poderiam ser valorizadas no contato entre os profissionais enfermeiros e as famílias ou cuidadores. Os espaços de discussão coletiva, os grupos, podem ser considerados estratégias fortalecedoras de ampliação das habilidades individuais e das relações sociais intrafamiliar e com a comunidade, estimulando o reconhecimento do “patrimônio” familiar e da rede social (Chiesa, 2007).

Considerando as ações programáticas, as atividades de vigilância epidemiológica aparecem como eixo indissociável na assistência à população infantil. No entanto, o momento em que estas atividades são realizadas, pode se complementar com importantes contribuições da enfermagem na implementação de ações de caráter mais permanente, e não somente os contatos pontuais decorrentes da prevenção de doenças por meio da imunização ou do controle de surtos.

O maior problema encontrado a partir do discurso é a descrição das ações que se encerram nas mesmas e que não se articulam para ampliar o potencial de saúde.

IC 2 – Ações de ampliação das habilidades individuais.

DSC: Eu percebi que todos os atendimentos que eu fazia eu perdia um tempo muito grande sempre dando as mesmas orientações, algumas crianças com erro alimentar, a maioria dessas crianças que tem erro alimentar elas são cuidadas pela mãe e ficam em casa, não em creche, e tinha, assim, eu tinha umas oito crianças mais ou menos e estava muito difícil, ao contrário do que a gente imagina, quando essas oito crianças que tinham, elas mamavam no peito, estavam com mais de um ano e elas, tipo, substituíam a comida pelo peito, então, elas não estavam com crescimento adequado, um desenvolvimento pondero-estatural adequado. O primeiro grupo são as crianças de zero a dois anos, então nesses grupos eu vou de acordo com as necessidades do grupo, são mensais e tem tido uma participação boa da população, esse grupo é algo além da consulta. A gente aborda bastante amamentação materna exclusiva, aleitamento exclusivo,

então tenta ver com a mãe. Se já partiu para o artificial, você orienta, explica e tenta ver se consegue voltar que faça só o aleitamento materno. Às vezes a gente consegue, mas quando não quer não adianta, por mais que você oriente, diga da importância, explica, tem mãe que é mais fácil fazer a mamadeira. Na visão dela a criança alimentada, estando três horas sem estar chorando, está ótimo. Não se importa muito com o que tem de importante no aleitamento materno. Tem algumas crianças que junto com a anemia estão com verminose, aí a gente também tende a falar um pouco de verminose, dos cuidados de higiene. A visita da agente é só pra RN e tem pra criança, só se tiver necessidade, depende do que o agente comunitário traz. Nos grupos o mais produtivo é quando uma pessoa chega com o mesmo problema, ela escuta experiência positiva da outra e traz as crenças populares.

Em relação ao DSC desenvolvido a partir da Idéia Central 2, podemos dizer que algumas ações realizadas pelos profissionais enfermeiros são direcionadas a estratégias que possibilitam, facilitam e apóiam que as pessoas desenvolvam capacidade para enfrentar desafios da vida cotidiana, bem como capacitam os indivíduos, famílias e organizações para agir diante desses desafios.

Percebemos ainda que as ações de ampliação das habilidades individuais se concretizam a partir do uso de técnicas grupais ou da visita domiciliar. Isto evidencia a importância dos espaços coletivos como alternativa para a identificação de necessidades específicas que influenciam no processo saúde-doença da criança, além disso, resgata o conceito de autonomia.

IC 3 – Estratégias de estímulo à participação social e manutenção de relações sociais.

DSC: Os grupos de amamentação são realizados para gestantes no último trimestre, o foco é o aleitamento, mas a gente aborda a questão da anatomia e fisiologia da mama, os tabus alimentares, tabus relacionados ao aleitamento materno, as dúvidas que elas tem em relação ao aleitamento materno, relação com o companheiro, dificuldades na família. Esse grupo é aberto para participar o companheiro e os avós também. Um outro grupo que a gente faz aqui se chama “crescendo com saúde” com foco na questão nutricional, a gente tem conseguido algumas adesões, a gente tenta trabalhar no contexto familiar e faz alguns encaminhamentos. O grupo de desenvolvimento é feito fora, em uma escola particular que tem na área. O grupo também acaba sendo um evento, pois muitas mulheres não têm uma

rede de apoio. E fora as visitas domiciliárias, que eu também faço às vezes, tem orientações que eu faço na creche para os coordenadores, professoras, diretora e supervisoras. Se a escola chamar pra alguma coisa a gente vai e chama pra reunião com as mães e com os professores, ou pra falar sobre a doença. A nossa relação com a creche poderia ser melhor. A colaboração às vezes deixa a desejar, o pessoal não leva muito a sério. Em relação à escola e as creches, o relacionamento poderia ser melhor, poderia ser fortalecido, a enfermagem tem pouco contato.

A IC 3 demonstra o direcionamento das ações em relação a ampliação da participação da comunidade local e, conseqüentemente, à criação e manutenção das relações sociais estabelecidas em grupos de mesmo interesse. Estas observações, porém, não são identificadas como alicerce das estratégias desenvolvidas; são relatadas como consequência das práticas assistenciais realizadas à saúde da criança.

Identificamos também a dificuldade de estabelecer relações intersetoriais significativas e complementares às ações do serviço de saúde como uma característica evidente no discurso do sujeito coletivo.

E, para operacionalizar ações de Promoção da Saúde com a finalidade de diminuir iniquidades sociais, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade torna-se essencial.

Assim, a intersetorialidade, pilar da Promoção da Saúde, é frágil pois o reconhecimento dos problemas de saúde como decorrentes de um conjunto de ações no ambiente social, político, econômico, educacional, físico e cultural, exige articulação de saberes e práticas por meio de propostas assistenciais setorizadas para a superação dos problemas identificados. Reiteramos os achados de Domingues (2006) de que os profissionais de saúde não tem conhecimentos sobre intersetorialidade apesar de terem enorme potencial para isso.

Por isso, é fundamental a constituição de uma relação consistente e efetiva do serviço de saúde, com os demais equipamentos sociais da região para que a assistência à criança seja integral.

IC 4 – Ações de incentivo as relações de convivência familiar e de amizade contribuindo para o controle sobre a vida.

DSC: Tem pai que vem participar no grupo junto, porque algumas dessas crianças eram pequenos tiranos e dormiam com a mãe, dormiam fazendo o peito de chupeta, e a vida íntima do casal tava meio que perturbada porque não podiam nem dormir junto, a criança tava lá no meio. Temos o grupo de anemia para aquelas crianças que estão na fase de quatro pra cinco aninhos, que estão em creche, estão na escola e a gente faz esse grupo com enfoque na questão da alimentação, de nutrição. A gente tenta fazer uma aproximação com essa creche. A gente tenta fortalecer essa mãe no sentido de que participe desse grupo também. O outro grupo é com crianças que estão como o IMC, índice de massa corpórea, pendendo para a obesidade. O foco é na questão nutricional, não só da criança como da família. Esse é mais difícil, a gente tenta fazer uma vez por mês, intercalar o grupo com a consulta médica tenta fazer algumas negociações com a criança, “se ela perder não sei quantos quilos, a gente vai dar uma estrelinha pra ela, um desenho”. A gente só atende escolas e creches quando é necessário bloqueio, agora eles chamam mais pra reunião com as mães e com os professores ou pra falar sobre a doença ou pra bloqueio. Fora da unidade a gente faz orientação de atividade na varicela todo o ano, A criança está subnutrida essa criança vai vir mais vezes na unidade para ser pesada e ser avaliada ou então até mesmo fazer uma visita domiciliar. Temos os grupos educativos na comunidade X, a gente tem o grupo de aleitamento materno e o da gestante também na X, o de aleitamento materno é voltado para o aleitamento, dificuldades, situação conjugal, cidade grande, adaptação a esta cidade.

O DSC apresentado nos reportou à IC relacionada às ações de incentivo ao controle sobre a vida que está relacionada ao modo como o indivíduo participa na comunidade em que vive e na sociedade, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

As ações e atividades relatadas evidenciam a necessidade de inclusão da família como integrante essencial no processo de desenvolvimento infantil e no atendimento das necessidades da criança.

Além disso, mostra a contribuição das relações estabelecidas no âmbito familiar no desenvolvimento de relações sociais construídas pelo indivíduo e na sustentação de ações que têm por finalidade o bem-estar do indivíduo durante sua infância.

IC 5 – Estratégias de ações direcionadas ao projeto de vida.

DSC: E para a gestante, antes dela ganhar o bebê, trabalha muito a questão das emoções e dos projetos de vida.

A Idéia Central 5 descreve uma estratégia de ação direcionada ao projeto de vida. Podemos identificar, no entanto, que este aspecto se relaciona aos enfrentamentos futuros da mãe e não propriamente ao plano de vida da criança e suas características de sobrevivência.

Apesar da relação direta de ajuda e sustentação mútua entre “mãe e filho”, não podemos reduzir a interpretação do discurso do sujeito coletivo enquanto evidência de uma atividade de estímulo à elaboração de projetos de vida para a infância.

Identificamos, portanto, que as intervenções em saúde da criança estão relacionadas às interfaces citadas no esquema de saúde e bem-estar de Labonte (1996), como ações direcionadas essencialmente as mudanças do estilo de vida e manutenção do bem-estar físico (Figura XII). No entanto, no entendimento do conceito ampliado de Promoção da Saúde, as estratégias planejadas sob este alicerce deveriam contemplar ações intersetoriais e voltadas para o comportamento individual e coletivo.

Figura XII. Dimensões e interfaces relacionadas às ações e atividades realizadas em saúde da criança pelos enfermeiros sujeitos da pesquisa.

As atividades e ações realizadas pelos profissionais enfermeiros nos reportam inicialmente ao contexto do processo de trabalho em saúde.

A inserção de novas práticas e novos conceitos em saúde nos direciona a repensar o processo de trabalho em saúde.

Compreende-se por processo de trabalho a atividade humana socialmente constituída, revestida de intencionalidade de determinada consciência que preside o processo, da sociabilidade - onde o trabalho humano é guiado por necessidades suas e de outros grupos sociais - e a historicidade, entendida como a dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos através de seus trabalhos. Para Kirchhof (1995) o processo de trabalho em saúde é a articulação de vários processos de trabalho, com suas respectivas finalidades, numa finalidade geral.

Neste sentido, entendemos a enfermagem como trabalho, e no processo de trabalho da saúde, identificamos seus momentos, caracterizando sua finalidade, tecnologias, objeto e agentes. Em outras palavras, apreendemos a prática de enfermagem na sua relação com os outros trabalhos da saúde e na sociedade capitalista, e nesta articulação reconhecemos a complementaridade deste trabalho com outros. Consideramos que, analisando processos de trabalho na saúde e a enfermagem, em realidades concretas, pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança da realidade (Almeida et al, 1997).

Neste estudo podemos identificar que há várias maneiras de estimular o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde infantil. É fundamental, porém, a identificação das necessidades de saúde deste grupo populacional, que podem variar a depender de suas condições de vida, trabalho e de sua inserção social.

A enfermagem, enquanto atuante no atendimento e na assistência aos problemas e necessidades de saúde da população infantil, pode intervir potencialmente, reconhecendo a realidade concreta das famílias e das crianças e modificando suas estratégias de atuação a partir do uso de novas metodologias.

Podemos perceber que os DSCs relacionados com a prática do enfermeiro na atenção à saúde da criança nos direcionam especificamente

aos campos da Promoção da Saúde; porém o objetivo das estratégias de intervenção não condiz com o conhecimento teórico do conceito de Promoção da Saúde. É possível identificarmos que, no modo como as atividades dos enfermeiros são planejadas e realizadas, ainda prevalece o conceito biológico e curativo da assistência em saúde.

Assim, a atuação da enfermagem em saúde coletiva seria repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos, para a transformação do modelo assistencial, e enfrentar os graves problemas de saúde da população (Melo, Araújo, 1997).

A enfermagem deve sentir-se privilegiada dentro do processo de trabalho em saúde, pois está inserida em todos os momentos deste processo tendo como seu maior mercado de trabalho o setor público, sua permanência e continuidade nos serviços de saúde e seu elevado percentual na composição da força de trabalho (Melo, Araújo, 1997). Segundo as autoras, estas características facilitariam a tentativa de reconstruir sua prática para o SUS “baseada nos princípios de integralidade, equidade e participação social”, sendo preciso aprofundar os aspectos desta prática quanto:

- Processo de trabalho da enfermagem, identificando e referindo seu(s) objeto(s), instrumentos e finalidade do trabalho;
- Definição dos campos de ação da enfermagem;
- Capacitação e diversidade dos agentes de trabalho de enfermagem;
- Dicotomia entre trabalho intelectual e manual;
- Nova capacitação necessária para o enfrentamento de problemas de saúde.

Neste estudo, discutiremos somente o aspecto relacionado ao processo de trabalho em enfermagem.

A prática do enfermeiro deve ser entendida como um processo de trabalho em saúde que se baseia no conhecimento real de seu objeto de trabalho, ou seja, reconhece as reais necessidades da população a ser assistida; reconhece suas diferentes formas e instrumentos de ação, considerando a participação da sociedade e a relação do setor saúde com

outros setores da sociedade civil, e compreende concretamente a finalidade e objetivo de seu trabalho.

Portanto, a partir da identificação dos discursos dos sujeitos coletivos, podemos inferir que as formas como os enfermeiros em atenção primária constroem seu processo de trabalho, mantêm a visão universalizadora da infância sem incorporação do conceito de geração e de estratégias de ampliação das habilidades individuais e controle sobre a vida.

As ações desenvolvidas a partir do conceito de Promoção da Saúde ajudam a redefinir a prática do profissional enfermeiro, seu objeto de trabalho e a finalidade de sua assistência, uma vez que integram ações de caráter individual e coletivo, intersetoriais e que, estimulam o envolvimento da população para buscar meios para controlar os determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais da saúde.

Estas atividades incluem o envolvimento da equipe de enfermagem e multiprofissional em ações que ampliem os limites propostos pelos programas assistenciais, valorizando as ações coletivas como as visitas domiciliares, os trabalhos educativos e as atividades externas com grupos populacionais.

A assistência de enfermagem em atenção primária é entendida como a *"interferência consciente (sistematizada, planejada e dinâmica) no processo saúde doença de uma dada coletividade, considerando as distinções dos grupos sociais, realizada pelo conjunto dos trabalhadores de saúde com a coletividade objetivando a transformação do perfil de saúde-doença"* (Egry, 1996).

Ou seja, as práticas devem ser construídas de maneira consciente, embasadas em conhecimento técnico-científico e considerando a inserção social do trabalho em saúde. Devem ser elaboradas a partir da realidade social constituída, valorizando as diferenças existentes nos grupos que integram a comunidade e em conjunto com a sociedade civil, a fim de influenciar satisfatoriamente na modificação das condições de saúde daquela população.

Na atenção primária, a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, que também vai estar presente na produção de serviços de saúde

em nível coletivo. Todos os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às necessidades sociais da saúde da população (Almeida et al, 1997).

Além disso, o trabalho do profissional de saúde em atenção primária se estabelece no processo saúde doença do indivíduo e do coletivo e em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade (Rocha, Almeida, 2000).

De maneira geral, a inserção da prática do enfermeiro em atenção primária à saúde se estabelece a partir da organização do trabalho, que visa à proteção da saúde e ao controle do processo saúde-doença na coletividade, sendo que o enfermeiro foi designado para atuar na vigilância epidemiológica, nas reuniões com grupos da comunidade e na supervisão da visita domiciliária e das atividades educativas.

Segundo os discursos dos enfermeiros da pesquisa, o cuidado de enfermagem parece não estar previsto como atividade dos enfermeiros e sim do pessoal de nível médio, o que caracteriza para o enfermeiro, um trabalho predominantemente de cunho gerencial. Apesar das atividades de organização e intervenção na dimensão coletiva do processo saúde-doença, também contemplam aspectos de cuidado à saúde.

O desafio está em restabelecer à prática da enfermagem na atenção primária à saúde, a fim de se construir sujeitos do trabalho que sejam críticos de sua própria prática e capazes de interpretar e construir as mudanças que se fizerem necessárias segundo as reestruturações ou demandas do trabalho.

O trabalho em atenção primária propõe um processo para o enfermeiro que contemple a dimensão individual e coletiva do processo saúde doença, a partir de uma atuação ampliada em que as ações se estabelecem com a identificação das necessidades de saúde dos usuários (Chiesa, Bertolozzi, Fonseca, 2000).

Sendo assim, a reorganização das ações de enfermagem na atenção primária permite um novo processo de trabalho, onde o vínculo do profissional com o usuário e a co-responsabilização da equipe e da

população atendida são condições para se alcançar a resolução de problemas e a humanização no atendimento.

Partindo da apreensão dos momentos do processo de trabalho, é necessária a construção de uma atividade orientada, com finalidade, considerando seu objeto e seus instrumentos de trabalho. Para isso, podemos citar Mendes Gonçalves (1994) com o desenvolvimento de um raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde, discutindo e redefinindo tecnologia (Merhy, 1997; Merhy, 2002)

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde construído por Mendes-Gonçalves (1994) refere-se ao estabelecido no processo de trabalho, sendo o conhecimento que orienta todo o processo, os objetos de trabalho e a finalidade (Merhy, 1997; Merhy, 2002)

Mendes-Gonçalves (1994) classifica a tecnologia em saúde em dura, leve-dura e leve, sendo que a dura se refere à incorporação de equipamentos para tratamentos e exames; a leve-dura refere-se aos profissionais que compõem a equipe como forma de organizar sua atuação no processo de trabalho; e a leve, que se refere ao processo de relações, ou seja, do encontro do trabalhador em saúde e o usuário (Rocha, Almeida, 2000).

A partir disto, podemos dizer que o trabalho de enfermagem pode ser compreendido como um conjunto que envolve o pensar e o fazer de diferentes sujeitos que utilizam um conjunto variado e complexo de tecnologias para realizá-lo. As ações de enfermagem realizadas nos serviços de saúde podem ser descritas como (Xavier et al., 1987):

- complementares ao ato médico e de outros profissionais;
- ações de natureza terapêutica e propedêutica da enfermagem;
- ações de natureza complementar de controle de risco;
- ações de natureza administrativa;
- ações de natureza pedagógica dirigida à enfermagem.

Podemos inferir que, quando há maior participação da enfermeira no processo de assistência e atendimento ao usuário, são utilizadas tecnologias leves para estabelecer vínculos com o usuário e contribuir significativamente com a satisfação de suas necessidades, reiterando as proposições de

Friedrich e Sena (2002), ao afirmarem que a intervenção do saber técnico-acadêmico resulta de um processo de trabalho mais bem elaborado, ou seja, articulado com tecnologias leve-duras.

No entanto, o papel do profissional enfermeiro é construído no cotidiano de sua prática em saúde, uma vez que este transforma a realidade por meio das condições existentes e, conseqüentemente, planeja e desenvolve ações de maior impacto nos campos da Promoção da Saúde e prevenção de enfermidades.

Assim, a proposta da Promoção da Saúde, reitera as dimensões individual e coletiva do trabalho do enfermeiro e propõe a articulação intersetorial como uma habilidade a ser exercitada para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. (Chiesa, 2000).

Em relação às ações referenciadas pelos sujeitos da pesquisa, temos a predominância da Consulta de Enfermagem como assistência individualizada, caracterizada como a prática da puericultura, ou seja, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.

Este acompanhamento faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, em que as ações básicas

coincidem naturalmente com os itens da sobrevivência infantil, mas existem diferenças sutis na maneira de colocá-las em prática, conferindo ênfase na integração às atividades usuais da rede de serviços (Nogueira, 1993, p.45).

De maneira geral, as práticas da enfermagem, em especial do enfermeiro em saúde da criança são aquelas vinculadas aos programas governamentais como: imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pré-consultas e pós-consultas, além de orientações básicas sobre nutrição e higiene, bem como a importância do aleitamento materno (Monteiro, Ferriani, 2000). E, é nesse contexto, que a enfermagem ainda atua, na lógica do modelo biomédico individual, realizando poucas ações no âmbito da atenção da coletividade.

As práticas assistenciais à saúde da criança direcionadas ao atendimento de suas necessidades básicas, entre elas o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, poderiam estar associadas a ações

de assistência à coletividade, integrando ações normatizadas como a imunização a atividades de assistência individual como a orientação alimentar.

5.2.3. Participação da comunidade.

A participação da comunidade também se configura como um dos alicerces da Promoção da Saúde e está inserida como princípio do Sistema Único de Saúde, como forma de atuação da população no controle social.

Nesta temática, encontramos cinco idéias centrais (IC) que caracterizam a participação da comunidade nas unidades de atenção primária à saúde, não necessariamente em saúde da criança, como seguem:

IC 1 – Utilização do serviço de saúde restrita a prevenção de doenças.

DSC: A participação é pouca porque é uma cultura já. Acompanha até um ano e meio, depois vacina até os três e depois disso esquece. Falta muita educação em saúde nas unidades.

A participação pontual da comunidade em ações direcionadas especificamente a atenção à saúde da criança está relacionada à cooptação que se caracteriza pelo atendimento às obrigações legais, como no caso citado da imunização.

IC 2 – Participação comunitária caracterizada pela frequência e atuação do usuário nas atividades programáticas do serviço de saúde.

DSC: Os usuários freqüentam a unidade quase que 100%, porque tem os agentes comunitários que são do próprio local. As mães são bastante interessadas, como a gente acaba acompanhando todo o pré-natal e depois faz visita acaba tendo um vínculo muito bom e elas dão sugestões também. Já nos grupos de orientação a participação é optativa, a gente incentiva às mães para participarem, a gente explica a necessidade e a importância. Na consulta de enfermagem tem dia que não falta ninguém, mas existe certa resistência em passar com o médico de família. Precisa ter esse trabalho de conscientizar a população sobre o Programa Saúde da Família, médico de

família e enfermeiro, porque existe uma resistência em passar com o enfermeiro, mas a população frequenta bastante. As mães não exigem muito também a participação da enfermeira. Nas reuniões da unidade, alguns usuários participam, mas eu vejo nessas reuniões mais os adultos e os idosos. As mães são bastante interessadas, meninas de dezesseis, dezessete anos, mas elas cuidam super bem, tem suas exceções. Como a gente acaba acompanhando todo o pré-natal e depois faz visita, acaba tendo um vínculo muito bom, então o bebê dá um espirro elas estão aqui dentro procurando pela gente, e elas dão sugestões também. O mais produtivo dos grupos é quando uma pessoa chega com o mesmo problema, ela escuta experiência positiva da outra.

Como podemos observar, a Idéia Central (IC) 2 nos reporta a cultura do clientelismo em que o usuário do serviço se satisfaz com o atendimento de suas necessidades biológicas individuais sem envolver-se com as entidades ou organizações participativas a fim de fortalecer interesses da comunidade.

IC 3 – Conselho Gestor enquanto órgão participativo.

DSC: Ele participa quando precisa resolver alguma coisa, são ativos pra algumas coisas. Algumas comunidades têm um grupo próprio, que tem uns encontros, uma coordenação, um diretor do posto, e a própria população.

IC 4 – Conselho gestor organizado, porém com ações restritas ou sem ações específicas.

DSC: Na questão do planejamento a comunidade não é participativa, eles querem as coisas meio prontas e o conselho gestor não atua assim, diretamente, porque cada equipe desenvolve suas atividades. Muitas vezes vem reivindicar uma participação inadequada, para seu benefício próprio, por isso é necessário resgatar a questão do conselho gestor que não está formado. Aqui a coordenadora do conselho gestor é a nossa psicóloga. A comunidade está presente, eles reivindicam, principalmente os idosos. Os idosos têm uma sala lá me cima, inclusive eles querem uma sala térrea pra eles, essa é a nossa intenção. É um grupo de cem idosos muitos são saudáveis, vem para o grupo fazer ginástica, trabalhos manuais, cantam, dançam, tem aula de música, cada um vem naquilo que gosta.

IC 5 – Conselho gestor não organizado.

DSC: Eu acho também uma participação um pouco fraca, não é consolidada, E eu acho que precisava resgatar a questão do conselho gestor que não está formado aqui. Então a participação da comunidade nesse fórum, nesses espaços eu considero ainda pequena. Alguns usuários

participam, mais são adultos, idosos, mas mãe, pai, eu não consigo enxergar, se vem, vem muito pouco.

A Promoção da Saúde está vinculada às intervenções relacionadas aos determinantes sociais e se constitui como um campo conceitual que possui como alicerces de sustentação o conceito de saúde, a compreensão em relação à qualidade de vida, o pressuposto de que a solução de problemas está na possibilidade de mobilização social (*empowerment*), no princípio da autonomia do indivíduo e na valorização do planejamento e poder local (Pedrosa, 2006).

Segundo as autoras, Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2008), algumas questões são fundamentais para a Promoção da Saúde:

- afeta a população no seu contexto de vida diário;
- influi sobre os determinantes sociais e de saúde;
- utiliza enfoques distintos;
- combina métodos de ação de modo complementar;
- atribui aos profissionais de saúde funções importantes para a sua efetivação.

Assim, a Promoção da Saúde pode ser viabilizada por meio da Educação em Saúde que objetiva a formação para a cidadania ativa, a transformação da realidade social e para a qualidade de vida. O usuário e a população devem ser preparados para atuar ativamente na reivindicação de seus direitos, a partir do *empowerment* da população e o desenvolvimento de habilidades individuais para o fortalecimento do indivíduo como ator social.

Os DSCs construídos a partir das falas dos profissionais enfermeiros nos reportaram ao conceito de *empowerment* comunitário, uma vez que este traz a ampliação da participação dos sujeitos em processos decisórios na garantia dos direitos sociais.

De acordo com a perspectiva defendida pela Conferência de Alma-Ata, a educação popular se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam controle sobre sua saúde e suas vidas (*empowerment*) (Vasconcelos, 1999).

A educação popular surge em meados da década de 70 como estratégia de trabalho para promover o *empowerment* comunitário (Labonte, 1996). O autor refere que o *empowerment* é um processo através do qual os sentimentos não explicitados de falta de poder são modificados e a ação comunitária é iniciada.

O *empowerment* comunitário, segundo Wallerstein (1992), é um processo de ação social que envolve a participação da comunidade, das pessoas e das organizações na estruturação de estratégias que objetivem a transformação das condições de saúde do indivíduo e redução das iniquidades sociais, pois este se baseia no princípio da equidade. É um processo de validação da experiência de terceiros a fim de diminuir suas limitações sociais com o intuito de aumentar o controle sobre suas vidas, a justiça social e a melhoria da qualidade de vida coletiva (Wallerstein, 1992)

A Carta de Ottawa aborda o *empowerment* comunitário como a aquisição de poder técnico e consciência política da comunidade para atuar em sua saúde, ao enfatizar que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular (Buss, 2003).

Em relação à participação comunitária, podemos dizer que os DSCs nos reportam a diferentes níveis e tipos de participação da população, no que se refere ao serviço de atendimento e assistência à saúde da criança.

Para definirmos os níveis de participação da comunidade pesquisada, utilizamos como referencial a “escala de participação” (Figura VIII) proposta por Arnstein (1967) e citada por diversos autores e pesquisadores no campo da Promoção da Saúde (Robertson, Minkler, 1994; Poland et al, 2000; Carvalho, 2005).

Quadro 7. “Escala de participação comunitária” de Arnstein (1967), citado por Carvalho (2005).

NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO	SUBNÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO	
PODER	8	Controle cidadão
CIDADÃO	7	Delegação de poder
	6	Parceria
TOKENISM	5	Cooptação
	4	Consulta
NÃO-PARTICIPAÇÃO	3	Informação
	2	Terapia
	1	Manipulação

Este modelo demonstra os níveis de participação da comunidade relacionados a oito subníveis:

Nível alto – que é constituído pelo “poder cidadão” (8), caracterizado pelo gerenciamento e controle financeiro pela comunidade de projetos. Em seguida está a “delegação de poder” (7) e a “parceria” (6) que representa a participação ativa nos processos decisórios;

Nível médio – denominado de *tokenism* (“prática de cumprir obrigações legais ou morais através de conformidade nominal”) por representar ações que objetivam as pessoas pensarem que determinado serviço ou organização está enfrentando determinado problema, quando, na verdade, não está. O poder da comunidade, portanto, não é colocado em questão. Este nível está constituído pelos subníveis “cooptação” (5), caracterizado pela agregação da comunidade às atividades disponíveis pelos serviços e a “consulta” (4), representada pela participação pontual.

Nível inferior - escala de não participação. Modelos desenvolvidos sem a participação da comunidade de maneira centralizada. Compreende os subníveis “informação” (3), “terapia” (2) e “manipulação” (1).

Para a participação ativa da população, é necessário que esta esteja informada e isso requer uma educação em saúde crítica, formadora, que

possibilite as pessoas identifiquem e opinem em relação às melhorias da sua qualidade de vida, bem como exerçam seu controle sobre os fatores que interferem em sua saúde. Assim, para que a população tenha essa participação efetiva, os profissionais em saúde devem propiciar espaços de educação em saúde, a fim de proporcionar a construção de conhecimento e o desenvolvimento de uma consciência crítica com vistas à transformação da realidade.

As idéias centrais identificadas nos reportam a diferentes níveis de participação da comunidade nas ações direcionadas à saúde da população, as quais se encontram entre o nível médio, representado pela cooptação e consulta.

É necessário que os profissionais de saúde envolvidos na atenção primária tenham habilidades e competências para proporcionar o desenvolvimento do pensamento reflexivo no indivíduo. Para isso, as práticas de enfermagem devem ser elaboradas por meio de abordagens educativas emancipatórias, de modo a instrumentalizar a participação ativa do usuário na vida em sociedade, intervindo sobre sua realidade.

5.2.4. Dificuldades no planejamento e na execução das ações em saúde da criança.

Percebemos que, para a efetiva atuação do enfermeiro em ações exclusivas na saúde da criança, se fazem necessárias algumas modificações relacionadas essencialmente às condições de trabalho e ao processo de trabalho do enfermeiro em atenção primária, já que nos DSCs identificamos dificuldades no planejamento e execução dessas ações, conforme relacionado pelas idéias centrais (IC) selecionadas.

IC 1 – Prática em saúde vinculada ao modelo assistencial ou programa governamental.

DSC: O governo teria que ter um modo de implantar mais algumas ações que tragam essa população alvo, que são as crianças, numa participação mais ativa dentro da unidade, a participação tem que ser intensa. Eles começam a vir e aí a gente consegue ter uma boa resolução da qualidade de vida para essas crianças. O governo teria que implantar um tipo de programa que a gente trouxesse até aqui, sair um pouco da coisa hegemônica, daquele modelo de consulta, de consultório fechado. Tem que mudar muitos modelos que ainda se fecham na sua estrutura. Eles nem passam mais comigo, é a população que procura a unidade enquanto posto de saúde normal, com o PSF seria diferente, o agente comunitário ia até a população pra levantar os problemas e trazer até a unidade.

Podemos perceber que o atendimento e a assistência efetiva à criança e a formulação de ações que atendam às necessidades deste grupo social, de acordo com a Idéia Central 1, está vinculado ao modelo assistencial implementado nas unidades de atenção primária à saúde. A atuação do enfermeiro se constitui a partir do modo como o serviço de saúde se organiza. O profissional fica subjugado ao modelo.

IC 2 – Estrutura e distribuição do trabalho em saúde.

DSC: Além de fazer o PSF, tem a parte da unidade que inclusive tem que dar conta. Aqui tem muita atividade, além do PSF, se fosse só a equipe trabalhando e planejando e fazendo as ações, maravilha! Dá pra fazer, a gente precisa sentar e planejar, se não for planejadinho dia e horário tudo direitinho, e não tiver dentro deste cronograma, não acontece. Uma chefia que cobrasse igual de todo o mundo seja o modelo que for, se for PSF ou Prefeitura.

Outra dificuldade identificada pelos profissionais enfermeiros está na necessidade de atender as demandas institucionais e, além disso, criar estratégias que possam suprir as necessidades da população. Assim, há uma maior preocupação com o cumprimento das atividades preconizadas pelo modelo implementado de atenção à saúde, ou seja, as ações normatizadas pelas instâncias governamentais.

IC 3 – Falta de integração com a equipe de saúde.

DSC: Não existe uma integração entre médico, enfermeiro e gerente para planejar as ações na saúde da criança. As crianças têm que chegar até mim, chegando até mim, a gente vai ver o que está acontecendo pra gente fazer um programa, os cuidados de enfermagem com relação ao que está acontecendo com ela atualmente.

Identificamos ainda que, de acordo com o DSC da Idéia Central 3, a atuação do enfermeiro na assistência à saúde da criança está condicionada à procura da assistência de enfermagem por esta população. Não há uma organização do serviço para este tipo de atendimento, além do que há uma subordinação aos demais integrantes da equipe de saúde, o que dificulta o processo de acompanhamento deste grupo populacional.

No entanto, sabemos que algumas das ações estabelecidas e normatizadas pelo Ministério da Saúde são de responsabilidade da equipe de enfermagem na atenção primária como, por exemplo, a imunização. Assim, apesar da pouca integração com a equipe de saúde, o enfermeiro poderia atingir este grupo infantil por meio de novas estratégias de atenção que pudessem ser abordadas em decorrência da realização de ações normatizadas.

IC 4 – Recursos Humanos, motivação e condições de trabalho.

DSC: É de recursos humanos, pelo menos a equipe da manhã, que é a minha equipe, tem muita vontade de fazer, só não tem pernas, condição de participar, o problema nosso é R.H., não tem motivação. O fator tempo que é muito limitante, é uma unidade mista, eu tenho os meus afazeres como enfermeira da UBS, tenho a coordenação de equipe como enfermeira de equipe, supervisão de agentes e os atendimentos que eu tenho que fazer. Eu tenho que fazer três períodos de consulta, dois de visitas, um plantão, eu gostaria de fazer muito mais, de ter mais tempo de fazer mais grupos e de talvez ficar um pouco mais nos equipamentos, nas escolas, mas o tempo realmente é curto. A gente não tem períodos flexíveis e a gente ainda tem um outro problema que é espaço físico, a gente tem escala de ocupação da sala, somos uma unidade de ensino, a gente acompanha alunos da medicina, da enfermagem, temos que conhecer a área, tem a violência e o medo do tráfico. A demanda operacional toma conta, você não consegue tempo pra fazer um monte de coisa.

Outra dificuldade apontada que complementa a Idéia Central 2 (estrutura e distribuição do trabalho em saúde) está relacionada à falta de recursos humanos e às condições inadequadas de trabalho o que, conseqüentemente, desmotiva a equipe de enfermagem para o trabalho em saúde.

Estes itens, considerados como dificultadores no planejamento e execução de ações direcionadas a saúde da criança, poderiam ser minimizados com a participação efetiva da comunidade na elaboração e na organização do serviço de saúde.

IC 5 – Educação Permanente.

DSC: A gente não tem respaldo. Essas são situações para se discutir. O fluxo com a criança já não é tão difícil porque uma vez que a criança chega com lesão corporal é encaminhada, independente de qualquer coisa. E a gente não tem supervisão pra isso. Caderno da criança, do adolescente, é muito bonito, fica escrito, não existe um treinamento, ele é muito discutido entre as pessoas que estão lá em cima, só que ele não é discutido com quem está atendendo.

A falta de educação permanente também foi relatada como dificuldade para o planejamento e organização dos serviços em saúde da criança.

A prática do profissional deve abranger discussões constantes com a equipe de saúde sobre a acessibilidade das pessoas ao serviço de saúde, a qualidade do atendimento, a responsabilidade dos profissionais de saúde com o cuidado e as estratégias educativas desenvolvidas para ampliar a participação da comunidade, proporcionando, assim, diversas possibilidades de construção de novos caminhos de produção em saúde.

Há necessidade de incluir ações que valorizem o cotidiano do processo de trabalho em enfermagem, os incorporando como estratégias de ensino nos processos de capacitação. Sendo que, as ações de educação permanente deveriam ser incorporadas como aprendizagem no trabalho e desencadeantes da transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de

saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Campos, Pierantoni, Viana, Faria, Haddad, 2006).

IC 6 – Intersetorialidade.

DSC: Eu não conheço as creches ou escolas da região.

Percebemos que, entre as dificuldades mencionadas, a falta de relação entre os setores se constitui como uma preocupação uma vez que, para a elaboração de práticas de atenção à saúde voltadas para o atendimento integral do indivíduo e da população e a elaboração de políticas e programas intersetoriais, deve haver interação e integração de saberes (Westphal, 2006).

Além disso, Westphal (2006) destaca também outros princípios que devem ser contemplados na estruturação de práticas em Promoção da Saúde:

- pautar-se na concepção holística de saúde voltada para a produção social do processo saúde doença: considerando as condições biológicas, econômicas, políticas e sociais como determinantes em saúde que influenciam a saúde dos indivíduos e da comunidade.
- propiciar a garantia ao acesso universal à saúde, ou seja, eliminar as diferenças e injustiças que restringem a oportunidade para garantir o direito ao bem estar: criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde o que está intimamente relacionado à distribuição dos determinantes em saúde na população (renda, habitação, educação e outros).
- estimular a participação da população na definição da política, no controle social e na avaliação das ações e serviços em saúde: participação social para o atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil.
- criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio de desenvolvimento sustentável.

IC 7 – Visão limitada da comunidade.

DSC: A população é um pouco culpada, falta de conhecimento, falta de achar que vai chegar e não vai ser cuidado. Pra melhorar tudo disso depende muito da educação da população, uma população bem educada vai ter menos problemas com saúde.

Podemos identificar ainda que, de acordo com a Idéia Central 7, a responsabilidade em relação às dificuldades de planejamento e execução das ações em saúde da criança e aos demais grupos sociais, está na população.

No discurso do sujeito coletivo, há o reconhecimento do conceito de educação em saúde enquanto uma prática com enfoque no indivíduo, o qual o torna culpabilizado por seu adoecimento, pois não seguiu, adequadamente, as orientações fornecidas pelo serviço de saúde.

Esta abordagem educativa retoma a postura higienista do serviço de saúde, bem como a formação autoritária dos profissionais envolvidos com o cuidado. Além disso, a população é vista como carente de informação em saúde e destituída de qualquer conhecimento ou com conhecimentos equivocados.

Os profissionais em saúde devem repensar as estratégias de educação em saúde sob a perspectiva da participação social, na formação de sujeitos ativos, que possam desenvolver a responsabilidade social.

Além das limitações consideradas de âmbito individual e relacionadas, propriamente as condições físicas e humanas de trabalho, entre elas a desmotivação, as limitações do modelo assistencial e o déficit de recursos humanos, temos ainda algumas situações relacionadas aos locais de implementação das unidades de saúde e suas formas de intervenção em atenção primária, como no caso das regiões de alto índice de criminalidade e alto grau de exclusão social.

Assim, há também a preocupação em considerar as experiências vivenciadas pelas equipes de saúde e sua prática no contexto da realidade social como instrumentos de educação permanente, a fim de respaldar o processo decisório dos profissionais em saúde.

As formas de superação das dificuldades mencionadas estão relacionadas à necessidade de educação permanente em saúde com foco nas situações da atenção primária, assim como a necessidade de educação em saúde com a população, ou seja, propiciar o fortalecimento da ação individual e coletiva, além do desenvolvimento de habilidades individuais para a participação efetiva da comunidade, bem como a luta por seus direitos sociais.

Segundo Lefèvre e Cornetta (2004), alguns atributos e habilidades devem ser considerados ao identificarmos um profissional de saúde que atua no âmbito da Promoção da Saúde. O profissional deve conhecer o campo da política, educação, cultura e outros que se faça a intersecção com o setor saúde, ou seja, um especialista em saúde com visão generalista; pessoas com flexibilidade de idéias, capacidade de assimilar o novo e o diferente, pois terá que relacionar fatos e lidar com realidades complexas e deve ter capacidade para atuar em conjunto com a população.

Portanto, os fundamentos da atenção primária, incluídos na Política Nacional de Atenção Básica, poderiam estar inseridos mais enfaticamente na formação do profissional enfermeiro, bem como na organização de estratégias de educação permanente, a fim de que tenhamos uma qualificação dos recursos humanos em enfermagem.

Além disso, é preciso repensar as relações de trabalho em atenção primária, a fim de melhorar a motivação para a assistência individual e coletiva. É necessário estabelecer critérios de distribuição populacional em conjunto com os profissionais de saúde, para acompanhamento do processo saúde-doença da comunidade, a fim de potencializar o reconhecimento das necessidades de saúde da população assistida e proporcionar maior superação dos problemas identificados no território de responsabilidade dos profissionais de saúde.

6. CONCLUSÃO

Diante da complexidade do conceito de Promoção da Saúde e de seu difícil entendimento em relação à estruturação de estratégias de ação e atividades voltadas para a saúde da população, a pesquisa qualitativa permitiu um envolvimento direcionado à realidade dos profissionais enfermeiros e suas limitações em relação ao conceito para a estruturação de sua prática assistencial.

A análise documental propiciou a identificação da perspectiva do conceito de Promoção da Saúde na estruturação das ações voltadas à saúde da criança, pois demonstrou que os documentos norteadores da assistência infantil em atenção primária no município de São Paulo ainda são constituídos basicamente por ações direcionadas à satisfação das necessidades biológicas, ou seja, aos processos físicos relacionados à dimensão Energia Vital de Ronald Labonte (1996), sem considerar a criança enquanto um ser incluído em um núcleo familiar e social.

Assim, a análise dos discursos dos sujeitos coletivos identificou que a prática do enfermeiro em saúde da criança na atenção primária está voltada ainda ao modelo biomédico, e com restrita implementação de estratégias emancipatórias que envolvam a incorporação das dimensões sociais e afetivas no reconhecimento do processo saúde-doença da população infantil.

De maneira geral, a contribuição dos serviços de saúde à criança se dá através da possibilidade da instituição e volta-se, basicamente, para o acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente no seu aspecto biológico.

Portanto, ao identificarmos a assistência à criança na organização dos programas de atenção à saúde em atenção primária, percebemos que a estruturação do serviço para o atendimento das necessidades e problemas de saúde da população infantil se aproxima da concepção do modelo *tradicional-funcionalista* de Caplan (1993), na qual a origem dos problemas de saúde são hábitos e estilos de vida incorretos.

Ao incorporarmos a categoria geração no planejamento e organização das práticas em atenção primária, a assistência à saúde da criança poderia ter seu eixo modificado para a perspectiva promocional e preventiva, sem excluir a atenção individual e curativa, de modo que a criança seja vista inserida em um ambiente familiar e comunitário.

Vale ressaltar que há uma contextualização do modelo de atenção à saúde vigente como forma de organizar o serviço a partir do planejamento e implementação de estratégias direcionadas à saúde da criança. Ou seja, a mudança do modelo de atenção no direcionamento da prática para a solução de problemas e no atendimento às necessidades de saúde da população, bem como a organização do processo de trabalho, são fundamentais para a transformação ou melhoria do atendimento à criança, contribuindo efetivamente para a assistência integral a este grupo populacional.

Além disso, a participação da comunidade é deficiente em relação à reivindicação de seus direitos sociais, o que dificulta a superação da visão alienada do Estado.

A articulação de diferentes processos de trabalho em saúde para a assistência voltada ao indivíduo, no caso, a criança, a família, aos ambientes coletivos e grupos sociais se constitui como uma prioridade na definição de ações e na intervenção a grupos. Isto se concretiza nas condições de saúde e vida, proporcionando completo bem-estar aos indivíduos e, assim, contribuindo com a realização de respostas sociais mais adequadas às necessidades de saúde da população.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O Trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal M, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p.13-49.

Almeida EZ. As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Araújo MRN. A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Ariès P. História social da criança e da família. Trad. de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

Ávila LK. A sistematização de um método de captação das necessidades de saúde dos adolescentes com base na Promoção da Saúde [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Fronteiras; 1985.

Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições; 1988.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(3):380-98.

Brasil. Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde: assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adeláide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. Luiz Eduardo da Fonseca. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adeláide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília; 2001.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

Campo FE, Pierantoni CR, Viana ALA, Faria RMB, Haddad AE. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília; 2006.

Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promot Int.* 1993;8(2):147-57.

Carvalho SR. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2005.

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Nursing (São Paulo)*. 2003;64(6):40-6.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Chiesa AM. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do programa saúde da família do município de São Paulo [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Chiesa AM, Batista KBC, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [manual de apoio ao Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”].

São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família; 2003.

Chiesa AM, Bertolozzi MR, Fonseca RMGS. A Enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? *O Mundo da Saúde*. 2000;24(1):67-71.

Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

Cunha AJLA, Silva, MAFS, Amaral JJF. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI” e sua implantação no Brasil. *Rev Pediatr Ceará*. 2001;2(1):33-38.

Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

Domingues J. A percepção dos trabalhadores do programa saúde da família sobre a intersetorialidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Dourado ACB, Fernandez MAA. Uma história da criança brasileira. Belo Horizonte: CENDHEC; 1999.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI): considerações sobre o processo de implantação. *Rev IMIP*. 2000;14(1):24-31.

Fernandez LAL, Regules JMA. Promoción de la salud: um enfoque em salud pública. Granada: Escuela Andaliza de Salud Pública; 1994. (Documentos técnicos).

Ferri SMN. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família: elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Fracolli LA. O monitoramento das condições de vida e de saúde: uma abordagem a partir da percepção dos moradores do território [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Franco S. Proceso vital humano - proceso salud enfermedad: Una nueva perspectiva. In: Memorias de ética. Santafé de Bogotá: Universidad y Salud; 1994. p.67-8.

Friedrich DBC, Sena RR. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora – MG. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(6):772-9.

Furlotti TVM. Segredos de família: violência doméstica contra crianças e adolescentes na São Paulo das primeiras décadas do século XX [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1999.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.

Green LW, Kreuter MW. Healht promotion planning: a educational and environmental approach. Mountain View: Mayfield; 1991.

Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista. Madri: Taurus; 1989.

Heywood C. Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Trad. de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Kirchhof ALC. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. Texto Contexto Enferm. 1995;4(1):60-5.

Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto; 1996.

Lefèvre AMC, Cornetta VK. Recursos humanos para a promoção da saúde. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, organizadores. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p.133-146.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Liamputtong P, Ezzy D. Qualitative research methods. Austrália: Oxford University Press; 2005.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Mauad AM. A vida das crianças de elite durante o império. In: Priore MD, organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 2004. p. 137-76.

Melo C, Araújo MJS. A nova prática de enfermagem no Sistema Único de Saúde. São Paulo: ABEn; 1997.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Monteiro AI, Ferriani MGC. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(1):99-106.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65.

Nogueira RP. Políticas de assistência de saúde à criança e estrutura de serviços. *Cad CBIA*. 1993;5:42-52.

Okley P, Clayton A. Monitoramento e avaliação do empoderamento: documento originalmente publicado por INTRAC. São Paulo: Instituto Polis; 2003.

Oliveira MAC. Saúde, saúde coletiva e enfermagem [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo ;1999.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Melhorando a saúde das crianças AIDPI: o enfoque integrado. Washington; 2000. (Série HCT/AIEPI 38-P).

Paim JS. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Espac Saúde*. 1989;1(1):18-24.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 489-503.

Pasche DF, Hennington EA. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, Opas; 2006. p.19-40.

Passetti E. Crianças carentes e políticas públicas. In: Priore MD, organizador. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto; 2004. p. 347- 375.

Pedrosa JIS. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, Opas; 2006. p. 77-95.

Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG, editores. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p.165-177.

Pereira JG. Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Pilotti F, Rizzini I. organizadores. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto interamericano del Niño; 1995.

Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. Setting for health promotion: linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage; 2000.

Prado SRLA. Integralidade - um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Prado SRLA, Escobar EMA, Fujimori E. As diretrizes da assistência à saúde da criança – do PAISC ao AIDPI. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002. p.198-214.

Prado SRLA, Fujimori E. Avaliação da assistência prestada à criança: o processo e construção de instrumentos para a coleta de dados. In: Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS. São Paulo: Ícone; 2005. p. 95-120.

Priore MD. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a colônia e o império. In: Priore MD organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 2004. p. 84-106.

Ramos FP. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Priore MD, organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 2004. p. 19-54.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.

Rizzini I. Assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula; 1993.

Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: a critical examination. Health Educ Q. 1994;21(3):295-312.

Robinson J, Elkan R. Health needs assessment: theory and practice. Churchill Livingstone: Edinburgh; 1996. Cap2.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000;8(6):96-101.

Santos BR. A emergência da concepção moderna de infância e adolescência: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud Av. 1999;13(35):71-88.

Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos RR. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):346-352.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Diagnóstico mínimo por coordenadoria regional de saúde 2005. Dados populacionais. São Paulo; 2005.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, organizador. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.

Silva RV. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação de seus filhos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Stotz EN. Necessidades de saúde mediações de um conceito: contribuição das ciências para fundamentação teórica-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. [texto na internet]. São Paulo; 2008 [citado 2008 mar. 20]. Disponível em: www.redepopsaude.com.br/varal/politica/DesaioSUS.htm.

Teixeira CF. Promoção da saúde e SUS: diálogo pertinente. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, Opas; 2006. p. 41-61.

Teixeira CF, Paim J, Villaboas A. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;7:8-28.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidade. In: Fleury S, organizador. Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p.157-173.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Xavier IM, Souza AMA, Araújo EC, Neto ER, Souza EO, Briceno G et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à Reforma Sanitária. *Rev Bras Enferm*. 1987;40(2/3):177-80.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot.* 1992;6(6):197-205.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p.635-67.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO; 1990.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

Parte I – Apresentação da atividade e do pesquisador

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando uma pesquisa sobre a perspectiva da Promoção da Saúde na organização das ações em saúde da criança implantadas na rede de atenção primária à saúde na região do Butantã do município de São Paulo a partir dos enfermeiros.

Parte II – Guia de questões

- 1.** O que você entende por Promoção da Saúde?
- 2.** Quais ações ou atividades você realiza para o grupo infantil no seu dia a dia? Relate.
- 3.** Você realiza ações ou atividades fora da unidade de saúde? Relate.
- 4.** Como é a participação da comunidade?
- 5.** Que dificuldades você encontra no planejamento e execução de ações com a população infantil? Como sugere superá-las?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lívia Keismanas de Ávila, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo a pesquisa “A Promoção da Saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo”. Sua participação será muito importante, para isso solicito que considere as seguintes informações:

- O estudo tem como finalidade Identificar a perspectiva da Promoção da Saúde na organização das ações em saúde da criança implantadas na rede de atenção primária à saúde na região do Butantã do município de São Paulo;

- O benefício desse estudo está em contribuir com o aprimoramento dos instrumentos utilizados na prática em saúde, buscando a contribuição do paradigma da Promoção da Saúde no contexto da atenção primária à saúde;

- A participação é voluntária e é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo;

- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas pelo telefone (11) 9657-1642;

- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas não sendo divulgada a identificação de nenhuma pessoa;

- Reserva-se o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa;

- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

- Qualquer dúvida relacionada aos aspectos éticos da pesquisa poderão ser resolvidas com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal

de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – tel: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

ANEXO 3

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<p>PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE</p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS</p>	1
<p>São Paulo, 05 de julho de 2007. PARECER Nº170/07 – CEP/SMS CAAE: 0079.0.162.000-07</p>		
<p>PARA LÍVIA KEISMANAS DE ÁVILA Sr(a) Pesquisador(a)</p>		
<p><u>PARECER CONSUBSTANCIADO</u></p>		
<p>I - Identificação Título do projeto: A promoção da saúde na organização das ações em saúde da criança no município de São Paulo CAAE: 0079.0.162.000-07 Pesquisador responsável: Lívia K. de Ávila Data da apresentação ao CEP: 06/06/2007 Tipo de projeto: Projeto de pesquisa para obtenção do título de doutor.</p>		
<p>II – Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar a perspectiva de promoção da saúde na organização das ações em saúde da criança implantadas na rede de atenção primária à saúde na região do Butantã no município de São Paulo. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Analisar a abordagem das intervenções preconizadas por meio das principais ações e atividades normatizadas;- Identificar na perspectiva da Promoção da Saúde as ações em saúde da criança a partir da percepção dos profissionais enfermeiros dos programas assistenciais;		
<p>III - Sumário do Projeto: Pesquisa qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético. <u>Descrição, caracterização da amostra e critérios de inclusão:</u> 15 profissionais enfermeiros da rede de atenção básica da supervisão técnica de saúde do Butantã (7 do Programa Saúde da Família, 7 Unidades Básicas de Saúde sem PSF e 1 do Programa Agente Comunitário de Saúde). <u>Adequação da metodologia:</u> Adequada. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas. <u>Adequação das condições:</u> estão garantidas adequadas condições de participação e recusa.</p>		
<p>IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:</p> <p><u>Estrutura do protocolo:</u> Adequada. <u>Justificativa de uso de placebo:</u> Não se aplica. <u>Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.):</u> Não se aplica.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>		
<p>Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3218-4043 e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms</p>

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de
Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

PARECER Nº170/07 – CEP/SMS
CAAE: 0079.0.162.000-07

Análise de riscos e benefícios: O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa.
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: O estudo pode trazer benefícios para as instituições e para a organização do serviço de saúde.
Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: Adequado.
Informação adequada quanto ao financiamento: O pesquisador assume integralmente os gastos necessários à execução da pesquisa.
Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

V – Parecer do CEP: APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente

Profa. Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS