

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

**NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS COM RELAÇÃO AO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL À LUZ DA PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

**SÃO PAULO
2007**

VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

**NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS COM RELAÇÃO AO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL À LUZ DA PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

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

Área de concentração
Saúde Coletiva

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

**SÃO PAULO
2007**

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

Mazza, Verônica de Azevedo.

Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde. / Verônica de Azevedo Mazza. – São Paulo, 2007.

126 p.

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

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

1. Desenvolvimento infantil (Curitiba) 2. Promoção da saúde
3. Saúde da família I. Título.

DEDICATÓRIA

À minha família pela força e pela dedicação nesta caminhada.

Ao meu pai, presença sempre constante.

À minha mãe pela coragem, exemplo e luta (*in memoriam*)

A Celso, pelo amor e pela participação incondicional nesta jornada, pelo seu incentivo na minha vida profissional.

A Felipe e Vítor, pelo amor e carinho e pela compreensão das ausências frequentes impostas neste processo.

AGRADECIMENTOS

No desenvolvimento deste trabalho, por horas tão solitárias, porém na sua totalidade uma construção coletiva, com grandes e pequenas participações que fizeram a diferença na minha caminhada, agradeço sinceramente.

A Prof^ª Dr^ª Anna Maria Chiesa por seu conhecimento, competência e discernimento compartilhados em momentos agradáveis de orientações dialogadas, dirimindo minhas dúvidas e estimulando meu aprendizado.

À amiga e parceira Norma Suely Falcão de Oliveira Melo pela intensa participação neste, e em outros projetos.

À Hellen Roehrs pela sua participação no grupo focal e em outros momentos.

Aos alunos de graduação por instigar meu aperfeiçoamento profissional, em especial minhas orientandas de extensão, pesquisa e monitoria.

À aluna e monitora Alexandra Vieira de Mello por sua inestimável contribuição.

À Prof^ª Dr^ª Lislaine Aparecida Fracolli por sua imprescindível participação nas diferentes etapas da minha vida acadêmica.

À Prof^ª Dr^ª Maria Amélia de Oliveira Campos pela inestimável contribuição na elaboração do meu trabalho.

Aos Colegas do Grupo de Estudos Família Saúde e Desenvolvimento, Gefased na pessoa da Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes Centa solidariedade e incentivo.

Às amigas Carmem, Marília e a minha prima Roberta pelo acolhimento na cidade de São Paulo, por estar junto.

Aos amigos e colegas da pós-graduação pelo convívio.

Aos colegas do grupo pesquisa Modelos Tecno-assistenciais e à Promoção da Saúde pelo espaço de construção do conhecimento, pelo compartilhar de idéias e pela base teórica já desenvolvida, de que pude desfrutar nesta pesquisa.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e da Unidade de Saúde João Cândido pela receptividade e apoio, em especial à enfermeira Ariadne e às agentes comunitárias Santinha, Rose, Zélia, Terezinha, Manilda, Cláudia, Gizieli, Eliane Sandra, Cida, Zilda, Luzia, Adenilda e Carolina.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da USP pela presteza e dedicação, em especial aos funcionários do restaurante, nominalmente a Expedita e Maria Helena pelo acolhimento carinhoso e afetivo, bem como aos funcionários do Departamento ENS em nome da Therezinha pelo cuidado a mim dedicado.

Aos professores do Departamento ENS pela valiosa contribuição na construção de conhecimento na Saúde Coletiva.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UFPR em especial à área Materno Infantil por acreditar e dar apoio.

Ao CNPq pelo financiamento.

A todos aqueles com quem partilhei este trabalho nos últimos anos.

Mazza VA. Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da Promoção da Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Esta é uma pesquisa exploratória analítica; tem como objeto as necessidades de saúde das famílias com relação ao desenvolvimento infantil, apreendidas na dialética entre a dimensão objetiva e subjetiva. A interpretação do objeto foi sustentada no referencial da Promoção da Saúde, pautado pelo conceito de *empowerment*.

Objetivos. 1. Caracterizar o potencial do desenvolvimento infantil nos distritos de saúde de Curitiba. 2. Caracterizar a inserção social das famílias que contam com crianças menores de 5 anos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. 3. Apreender as necessidades de saúde percebidas pelas famílias e pelos representantes das agências de socialização com relação ao desenvolvimento infantil. 4. Analisar os dados a partir do referencial teórico da Promoção da Saúde. **Metodologia.** Este estudo foi desenvolvido na cidade de Curitiba, no Distrito Sanitário Bairro Novo. Empregaram-se técnicas quali-quantitativas. Foram sujeitos da pesquisa os representantes de famílias que tinham filhos até 5 anos de idade, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, e representantes de agências de socialização que atuavam com famílias nesta área. Na dimensão objetiva obtiveram-se dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, Censo 2000, para caracterização das desigualdades sociais entre os Distritos Sanitários, usando a construção de Indicador de Inserção Social e Indicador de Qualidade do Domicílio. Os dados foram agrupados de acordo com os setores censitários que compõem cada distrito sanitário. A caracterização das famílias foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com 49 famílias, com informações de inserção social. Na dimensão subjetiva, os dados foram obtidos por meio do grupo focal realizado com 21 famílias, e por entrevistas semi-estruturadas, com 12 representantes das agências de socialização: Conselho Tutelar, Unidade Básica de Saúde, Pastoral da Criança, creche e pré-escola. Os dados foram analisados mediante o método hermenêutico-dialético. **Resultados.** O município apresentou um Indicador de Inserção Social de 3,66; o IIS do Bairro Novo foi de 3,23, abaixo da média do município. A caracterização das famílias explicitou as desigualdades sociais existentes no território. A análise dos dados mostrou as necessidades de saúde das famílias, com diferenças tanto na sua apreensão como na sua satisfação. Encontraram-se contradições nas práticas das agências de socialização, entre controle e autonomia dos sujeitos, pautada pela visão normativa das famílias. Esta visão idealizada das famílias compromete o reconhecimento das suas necessidades enquanto famílias “reais”, prejudicando a elaboração de projetos sociais capazes de responder a estas necessidades. A família se percebeu como espaço de refúgio, como se fosse capaz de proteger os filhos da violência da sociedade. Reconhecer as necessidades de saúde das famílias constitui-se em possibilidade de construção de projetos de intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva para o fortalecimento da autonomia das famílias, a partir da produção dos cuidados centrados nas famílias, comprometido com uma ação dialógica horizontalizada e emancipadora. Porém é preciso reforçar o poder das políticas públicas no fortalecimento das famílias, para ampliar as chances das famílias em promover o desenvolvimento infantil, com o escopo de não se tornarem, pela omissão, um fator de vulnerabilidade para a saúde das crianças.

Descritores: Necessidades de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Família; Saúde da Criança; Desenvolvimento Infantil.

Mazza VA. Family needs on child development in the light of health promotion [thesis]. São Paulo: Nursing School, São Paulo University; 2007.

ABSTRACT

This is an analytical exploratory research; its object is family health needs on child development apprehended by the dialectics between objective and subjective dimensions. Object interpretation was grounded on the theoretical background of Health Promotion, underpinned by the concept of empowerment. **Objectives:** 1. To characterize the potential for social development in health districts of Curitiba City/Brazil. 2. To characterize social inclusion of families with children under 5 years of age in the coverage area of the Health Primary Unit. 3. To apprehend the perceived health needs by families and representatives of social agencies on child development. 4. To analyze data based on the theoretical background of Health Promotion. **Methodology:** This study was carried out in the city of Curitiba, at Bairro Novo Health District. Qualitative-quantitative techniques were used. Research subjects were members of families with children until 5 years of age, residents in the coverage area of the Health Unit and representatives of socialization agencies working with families in that area. In the objective dimension, secondary data were obtained at Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Brazilian Institute of Geography and Statistics – from the census of 2000, in order to characterize social inequalities among Health Districts, using the construct of Social Inclusion Indicator and Home Quality Indicator. Data were clustered according to the census sectors that entail each Health District. Families' characterization was undertaken by means of a semi-structured interview with 49 families, entailing information on social inclusion. In the subjective dimension, data were obtained by means of a focal group undertaken with 21 families and by means of semi-structured interviews with 12 representatives of socialization agencies: Family protection council, Primary Health Care Unit, "Pastoral da Criança (community-based organization run by the Catholic Church to provide help to mothers and children), day-care center and pre-school. Data were analyzed by means of the dialectic-hermeneutic method. **Results:** The municipality presented a Social Inclusion Indicator of 3.66; SII in Bairro Novo was 3.23, below municipality average. Families' characterization unveiled the social inequalities existent in the area. Data analysis disclosed families' health needs, showing differences in their apprehension as well as in their fulfillment. Contradictions were found in the practices of socialization agencies, subjects' control and autonomy, based on families' normative view. Families' idealized view hinders the realization of their "actual" needs, hampering the elaboration of social projects which really meet their needs. Families perceive themselves as refuge spots, able to protect their children from societal violence. The realization of families' health needs foster the possibility of designing intervention projects in Nursing Collective Health in order to strengthen family autonomy, bringing about family-centered care, committed to an emancipating, horizontal, dialogic action. However, it deems necessary to stress the power of public policies in order to strengthen families, broadening families' chances to promote child development so that they do not become – through their omission – a factor of vulnerability to children's health.

Descriptors: Health Needs; Health Promotion; Family Health; Child Health; Child Development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Dialética da satisfação de necessidades	19
Figura 2: Abordagem metodológica	26
Figura 3: Dimensão de Saúde e Bem-Estar	35
Figura 4: <i>Empowerment</i>	42
Mapa: Unidades de Saúde por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba	50
Gráfico 1: Anos de instrução do chefe da família por distrito sanitário	62
Mapa: Indicador de Inserção Social, IIS e Indicador de Qualidade de Domicílio, IQD por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2007	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população geral e na faixa etária de 0 a 5 anos por Distrito Sanitário. Curitiba - 2007.	60
Tabela 2 - Indicador de Inserção Social por Distrito Sanitário Curitiba - 2007	63
Tabela 3 - Indicador de Qualidade do Domicílio por distrito sanitário Curitiba - 2007	65
Tabela 4 - Chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007	68
Tabela 5 - Escolaridade do chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007	68
Tabela 6 - Ocupação do chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba – 2007	69
Tabela 7 - Renda familiar por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007	70
Tabela 8 - Renda familiar <i>per capita</i> das famílias por área de abrangência da UBS Curitiba –2007	70
Tabela 9 - Escolaridade materna por área de abrangência da UBS Curitiba – 2007	71
Tabela 10 - Condição de ocupação do domicílio por área de abrangência da UBS - 2007	72
Tabela 11 - Condição de ocupação do domicílio por distrito sanitário Curitiba - 2007	123
Tabela 12 - Renda do chefe da família por distrito sanitário Curitiba – 2007	123
Tabela 13 - Anos de instrução do chefe da família por distrito sanitário Curitiba - 2007	124
Tabela 14 - Acesso à água por distrito sanitário Curitiba – 2007	125
Tabela 15 - Condição sanitário por distrito sanitário Curitiba -2007	125
Tabela 16 - Destino do lixo por distrito sanitário Curitiba – 2007	126
Tabela 17 - Aglomeração por domicílio nos distritos sanitários Curitiba - 2007	126

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: NECESSIDADES DE SAÚDE	14
2	OBJETIVOS	24
3	CAMINHO METODOLÓGICO	25
3.1	CONCEPÇÃO DA PESQUISA	25
3.2	REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.2.1	Promoção da Saúde	27
3.2.2	<i>Empowerment</i>	36
3.3	ETAPAS DO ESTUDO	45
3.4	CENÁRIO DO ESTUDO	46
3.5	SUJEITOS DA PESQUISA	51
3.6	COLETA DE DADOS	53
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	55
4	RESULTADOS	59
4.1	DIMENSÃO OBJETIVA	59
4.1.1	Caracterização dos distritos sanitários	59
4.1.1.1	Indicador de Inserção Social	61
4.1.1.2	Indicador de Qualidade do Domicílio	64
4.1.2	Caracterização da inserção social das famílias	67
4.2	DIMENSÃO SUBJETIVA	73
4.2.1	Necessidades de saúde: percepção dos representantes das famílias	73
4.2.2	Necessidades de saúde na percepção dos representantes das agências de socialização	83
5	ANÁLISE E SÍNTESE	98
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	106
	ANEXOS	113

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo desenvolvimento desta pesquisa solidificou-se na prática docente na área da saúde da criança, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão em município da região Metropolitana de Curitiba, tendo como finalidade a reorientação dos serviços na atenção à saúde da criança, a partir da leitura da realidade. Outro fator que contribuiu para ampliar a preocupação com o tema foi a participação no Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná, no qual me deparei com o fato mais concreto da iniquidade na saúde da criança, a morte evitável. Na leitura dos prontuários, muitas vezes encontram-se explícitas as contradições entre as necessidades das famílias e a organização dos serviços de saúde. Este contexto de trabalho gerou a inquietação para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Este estudo toma como objeto as necessidades de saúde das famílias para promoção do desenvolvimento infantil, apreendidas na dialética entre a dimensão objetiva e subjetiva da vida das famílias, num dado território. Para interpretação do objeto, a pesquisa foi sustentada no referencial teórico da Promoção da Saúde, no eixo da reorientação dos sistemas e serviços de saúde, pautada no conceito de *empowerment*, na expectativa de fortalecer as famílias para utilizar todo o seu potencial, no intuito de ampliar as chances de uma infância saudável.

Partimos da premissa de que reconhecer as necessidades de saúde das famílias constitui uma possibilidade de contribuir na construção de projetos de intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva para o fortalecimento da autonomia das famílias. Na apreensão das necessidades de saúde das famílias, utilizamos métodos qualitativos e quantitativos para a captação e interpretação das dimensões da realidade. Vários autores reforçam a importância da participação de atores sociais no reconhecimento das necessidades de saúde, defendem a interpretação das necessidades de saúde entre a subjetividade da fala dos sujeitos e a objetividade dos dados epidemiológicos (Chiesa, 1999; Ávila, 2002; Stotz, 1991; Cecílio, 2001; Campos, 2004).

O cenário do estudo foi o Município de Curitiba, onde o Sistema de Saúde já reconhece as potencialidades da promoção da saúde para reorientação do modelo assistencial, para outro patamar de qualidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) que pautará a reorientação do modelo de atenção em saúde de Curitiba nos próximos anos, buscando reforçar a proteção e a promoção da saúde. O município tem uma divisão territorial bem definida, em toda a administração, descentralizando todos os seus equipamentos públicos, garantindo, assim, uma distribuição dos recursos e respostas às necessidades por território. (Curitiba, 2007).

Curitiba tem uma gestão voltada para a organização dos espaços públicos com proposta de valorização da participação social na co-responsabilidade da construção de políticas públicas saudáveis, com ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Mantém espaços de promoção da saúde como parques e espaços comunitários transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental. (Curitiba, 2007; Moysés, Moysés, Krempel, 2004). Portanto partimos de um cenário profícuo para o entendimento das ações de Promoção de Saúde.

1 INTRODUÇÃO: NECESSIDADES DE SAÚDE

Para ampliar a compreensão do processo saúde-doença, de uma visão centrada prioritariamente no indivíduo, para uma abordagem que inclui a família e a comunidade, articulando as relações entre os contextos sociais, culturais, políticos, econômicos, é fundamental conhecer as necessidades específicas de saúde das famílias para o cuidado das crianças, enfatizando as ações coletivas, além das intervenções individuais e a articulação de atividades intersetoriais para atuar na saúde e não na doença (Chiesa, 1999). Starfield (2002) corrobora essa perspectiva, quando afirma que é preciso que os serviços de atenção básica de saúde tenham impactos; para que isto ocorra é necessário abranger os determinantes de saúde, tais como meio social e físico em que as pessoas vivem e trabalham, ao invés de priorizar apenas a doença individual.

As necessidades sociais de saúde da população devem direcionar as práticas e saberes em saúde coletiva; portanto torna-se indispensável para a prática da enfermagem na atenção básica, sobretudo no Programa Saúde da Família, que a enfermeira identifique as necessidades de saúde dos grupos sociais que conformam a população (Chiesa, 2003). Destarte Stotz (1991), considera o conceito de necessidades de saúde como um conceito possível de captar a problemática da constituição e da identidade social dos sujeitos na relação com o Estado e que as necessidades de saúde exprimem as crenças e valores que as determinam.

Para apreender as necessidades de saúde segundo o referencial da promoção da saúde é preciso utilizar diferentes técnicas, para olhar além dos dados epidemiológicos, superando a dimensão objetiva e contemplando também a dimensão subjetiva. Para tanto, é imprescindível a participação dos indivíduos ou grupos por meio de técnicas que permitam a expressão do sujeito acerca da sua situação de saúde (Chiesa, 2003). As necessidades de saúde não são fixas, a sua definição varia de período a período e de lugar a lugar, dependendo dos valores da sociedade (Starfield, 2002). Assim, “surgem para a consciência coletiva, e para os indivíduos como uma necessidade social” (Stotz, 1991, p119); portanto, para sua

avaliação Robinson, Elkan, (1996) consideram necessária a delimitação geográfica e a identificação da finalidade para escolher os recursos com que apreendê-las.

O homem é um ser social com necessidades e poderes, sujeitos a modificações e desenvolvimento sócio-historicamente determinado. As necessidades têm seu significado no conjunto da sociedade, porém só podem ser apreendidas no concreto enquanto manifestação subjetiva e objetiva do sujeito. (Mendes-Gonçalves, 1992). As necessidades humanas numa sociedade capitalista são identificadas com a sua satisfação na perspectiva do consumo, e assim tem por característica estender-se indefinidamente. Portanto as necessidades de saúde nessa sociedade são insaciáveis (Stotz, 1991). O modo como os serviços estão organizados não são somente formas de resposta às necessidades, mas também, instância instauradora de necessidades (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000). Para Vaitsman, (1992) é a partir da maneira como a sociedade organiza a satisfação das necessidades humanas fundamentais que podemos compreender a desigualdade social, ou seja, as diferenças no acesso por gênero, geração, etnia, classe social etc.

O processo saúde-doença é considerado um fenômeno relacionado aos sujeitos. Assim a percepção da doença está relacionada à classe social, pois a relação que ele estabelece com o corpo, tanto na forma de percepção como na expressão das suas sensações, está intrinsecamente ligada à sua inserção social, (Boltanski, 2004). Desta forma, Stotz, (1991 p.132) considera “as necessidades de saúde, expressão particular das necessidades sociais”, e sua explicação é sempre conflitiva das formas de andar a vida e dos determinantes sociais.

A definição das necessidades de saúde pode ser vista enquanto do sujeito individual ou do sujeito coletivo; essa diferença está em consonância com a visão de mundo. Nesta dicotomia, uma vertente considera o homem isolado, com uma posição atomista individualista, um sujeito portador de necessidades, a corrente funcionalista-humanista. A outra, uma vertente marxista para os quais ao lado dos indivíduos existem grupos sociais como sujeitos (Stotz, 1991).

As necessidades de saúde são vistas pela concepção de saúde dominante como desvio da norma, um desequilíbrio, uma doença, como algo que requer serviços. Porém, para o indivíduo tem outro sentido: expressa a possibilidade de perda de controle do seu projeto de felicidade, ou seja, o que ele valoriza. O sistema

institucional de saúde responsável por satisfazer as necessidades de saúde elimina esta expressão do indivíduo, as reduz ao corpo biológico. O sistema institucional funciona, mas no sentido de bloquear o acesso do indivíduo à consciência, às condições sociais da vida dos processos destrutivos, constrangedores e dificultantes, ou seja, a possibilidade de os indivíduos compreenderem o impacto das forças destrutivas e das forças construtivas da saúde, e desta forma tentar modificar a ação desta força (Stotz, 1991).

Nesta perspectiva, o Estado tem duplo papel de normatizar e de intervir sobre as necessidades de saúde para manter a força de trabalho. Os saberes e práticas de saúde orientam as necessidades de saúde e mediam as necessidades de saúde entre o plano econômico e o plano político ideológico (Stotz, 1991). Portanto, precisam ser pensadas em outros campos da vida social, além do econômico e da economia política, como antropologia, sociologia e da história; podem contribuir para o reconhecimento da experiência humana, do papel de homens e mulheres como sujeitos que vivenciam as relações contraditórias e que valorizam essas situações das maneiras mais complexas e agem sobre elas (Stotz, 1991).

“As necessidades de saúde, enquanto fenômeno, são individuais. São vividas, percebidas e expressas na forma de dificuldades e requerimentos de possibilidades para a reprodução da vida das pessoas” (Stotz, 1991 p.449). Portanto, é o resultado do confronto de diferentes forças sociais. A dificuldade para definir necessidades é consequência de sua natureza ser tanto objetiva como subjetiva.

Enquanto necessidades sociais são expressões históricas de movimentos que assumem como iníquas certas condições sociais, portanto são mais que a “falta de algo” para ter saúde, e tornam-se possibilidades quando as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas (Stotz, 1991). Assim, quanto mais universal for o direito à saúde com base na equidade e na participação social, menos reprimida será a definição de necessidades, pois explicitar as necessidades de saúde significa admitir a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, ou seja, o dever do Estado na garantia da redução do risco à doença e também do acesso aos serviços de saúde de qualidade (Fleury, 1994).

Nas avaliações de serviços de atenção primária de saúde Starfield, (2002) ressalta algumas características relevantes para obtenção de bons resultados: sistemas

de saúde com políticas de saúde fortemente direcionadas à atenção primária, um foco da atenção para adolescentes, 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. Assim, os gestores devem reconhecer as necessidades tanto da comunidade como nos indivíduos, pois esse reconhecimento é considerado relevante. Deste modo, é preciso aumentar a capacidade de captação de dados em número e variedade de fontes, novas possibilidades para identificar necessidades de saúde diferentes na comunidade. Segundo Stotz, (1991) é preciso recuperar uma lógica capaz de dar voz aos sujeitos no processo de determinação de necessidades de saúde.

O sistema de saúde, na ideologia vigente na sociedade, sobrepuja as necessidades auto-referidas, ao usar critérios de relevância social, epidemiológica ou mesmo econômica na identificação das necessidades sociais de saúde. A demanda é a referência mais explícita, são as necessidades modeladas pela oferta de serviços como consultas, exames; porém as necessidades são a tradução das demandas (Stotz, 2005, 1991). Assim, existe uma diversidade de possibilidades das necessidades de saúde serem expressas ou supressas e ignoradas, o que decorre das diferentes forças existentes na sociedade. As necessidades de saúde são reconhecidas, quando socialmente satisfeitas, individualmente sentidas, biologicamente e socialmente determinadas (Stotz, 2005).

Para captar as diferenças apresentadas na imbricação das forças sociais é imprescindível adotar uma taxonomia de necessidades de saúde, ou seja, deve-se utilizar um conceito que expresse as mediações de práticas sociais vistas abstratamente de modo separado. Para tanto, reportamo-nos a taxonomia de Bradshaw, com quatro tipos de necessidades: normativa, sentida, expressa e comparativa (Stoz, 1991).

A necessidade normativa: é aquela que reflete essencialmente o estado atual dos conhecimentos e dos valores daqueles que a determinam, ou seja, o técnico, o administrador, que define uma determinada norma considerada desejável. Portanto, aquele ou aqueles que não respondem a esta norma são considerados em estado de necessidade.

A necessidade sentida: refere-se à forma como as pessoas percebem seus problemas de saúde ou seus anseios com os serviços de saúde.

A necessidade expressa: equivale à demanda de cuidados e de serviços, à necessidade que finaliza (objetiva) em processo de busca de serviços. Com efeito, alguns indivíduos não recorrem aos serviços, ainda que sintam uma necessidade. Outros não percebem que têm uma necessidade; porém não necessariamente vêem esta demanda satisfeita ou pelo menos na forma em que eles esperavam.

A necessidade comparativa: entende a necessidade de um indivíduo ou um grupo deveria expressar e que apresenta as mesmas características que outro indivíduo ou grupo, em que se identificou uma necessidade.

Stotz (1991) apresenta a síntese da dialética da satisfação das necessidades de saúde de San Martín que demonstra a complexidade para a definição de necessidades de saúde, tendo em vista as múltiplas perspectivas para olhar o objeto. Apresenta os níveis de manifestação do fenômeno, o nível do sujeito de necessidades individuais e coletivas e os níveis do conhecimento no micro social: ação, necessidades e demandas sociais e do macro social: estrutura, normas e ofertas do sistema.

Dialética da satisfação de necessidades

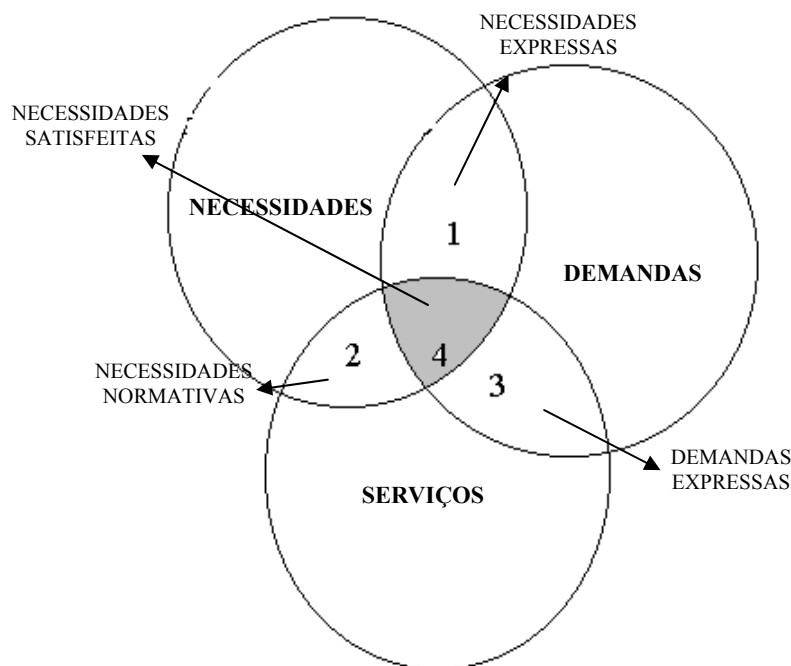


Figura 1 Fonte: Stotz, 1991.

No micros-social temos necessidades, demandas e serviços, na interseção entre **necessidades e demandas** correspondem às necessidades expressas e definidas pela população, as quais não são atendidas ou são excluídas pelo sistema institucional do Estado; na sobreposição entre **necessidades e serviços** correspondem as necessidades tecnicamente definidas sem ouvir o sujeito, ou seja, no qual os serviços se organizam sem que se manifestem as demandas, no intercorte entre **serviços e demandas** se encontram as demandas expressas, que são atendidas sem que constituam necessidades de saúde; é nesta interseção que pode estar presente a medicalização de problemas sociais dos indivíduos como a falta de emprego, na interseção que corresponde à sobreposição das demandas expressas, com os serviços ofertados e necessidades existentes; é o que o autor considera como o objetivo esperado, ou seja, cobertura, eficácia e satisfação. Este objetivo é difícil, considerando os conflitos que compõem as relações de sociedade e Estado; portanto esta interação é marcada pela exclusão na qual ocorre uma valorização de demandas em detrimento das necessidades (Stotz, 1991).

É preciso que o trabalho do profissional de saúde contemple as dimensões individuais e coletivas, ampliadas também no sentido da execução das ações cuja lógica central sejam as necessidades de saúde dos usuários com enfoque na promoção da saúde e a articulação intersetorial, como uma habilidade a ser desenvolvida pela equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde da população (Chiesa, Fracoli, Sousa, 2001; Chiesa, Bertolozzi, Fonseca, 2000).

Cecílio (2001) considera um desafio que os trabalhadores de saúde incorporem o conceito de saúde ampliada, que permitisse uma mediação do conceito de necessidades de saúde e sua aplicação prática, visando ao cuidado mais humanizado e qualificado. Nessa perspectiva, Matsumoto (1999) organiza uma taxonomia das necessidades em quatro categorias, buscando mediar o conceito e sua aplicação na construção do cuidado que atenda à dimensão subjetiva dos indivíduos:

- **Necessidade de boas condições de vida:** boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão.
- **Necessidade de acesso:** direito de usufruir todas as tecnologias que possam melhorar e prolongar a vida. Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu “modo de andar na vida”. As tecnologias de saúde, nesta perspectiva, devem ser definidas a partir das necessidades de saúde de cada pessoa, nos momentos singulares da vida.
- **Necessidade de acolhimento:** diz respeito à criação de vínculos afetivos entre cada usuário e os profissionais ou equipe, vínculo enquanto referência e relação de confiança, um encontro de subjetividades, de sujeitos em relação. Poder acessar, ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.
- **Necessidade de autonomia:** escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito): ser tratado como sujeito do saber e do fazer em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.

A satisfação das necessidades de saúde está fora do poder dos indivíduos. Estes se percebem carentes de liberdade, em grande parte por não controlarem seu próprio destino. Não possuem poder para enfrentar as múltiplas pressões em que se encontram socialmente submetidos (Stotz, 1991). Por conseguinte, se organizam de forma associativa como uma possibilidade para a reapropriação das condições sociais, sobre as quais o indivíduo tem pouca ou praticamente nenhuma influência (Stotz, 1991). Assim, os sujeitos requerem do Estado as possibilidades para a sua satisfação, pois para superar as dificuldades impostas pela reprodução, é o ordenamento político da sociedade, que implica em diferentes patamares em termos de proteção à saúde e as condições de vida dos indivíduos que são socialmente desiguais (Stotz, 1991).

Para Cecílio (2001), as necessidades de saúde têm de ajudar os profissionais de saúde a fazer uma escuta melhor dos sujeitos que buscam os cuidados de saúde, tomando-as como centro das suas intervenções e práticas; para tanto, é preciso uma mediação entre o conceito de necessidades de saúde em face na sua complexidade e a compreensão e apropriação deste pelos profissionais de saúde, visando à atenção da saúde mais humanizada e qualificada, uma prática profissional crítica que adicione as dimensões objetivas e subjetivas da vida, no cuidado à saúde.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), é preciso utilizar as necessidades como possibilidade para reconhecer a esfera de valores das práticas de saúde na qual se institua a dimensão subjetiva como parte da inovação tecnológica, valorizando uma prática em que as relações interpessoais resguardem o sentido do humano tanto para profissionais de saúde como para a população. Outro aspecto importante é evitar a redução das necessidades de saúde a processos biológicos. Para tanto é preciso uma concepção ampliada de saúde que valorize também o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo (Vaitsman, 1992).

Sendo assim, é preciso repensar um modelo assistencial a partir da dialética entre as demandas de saúde atendidas pelos serviços e as necessidades sentidas pelas famílias, como norteadora das práticas de cuidado, relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Nesta perspectiva, tomando os fenômenos relacionados à saúde infantil, Chiesa (1999) afirma que o controle das famílias sobre as condições que favorecem o adoecimento ou as iniquidades em saúde é determinado pela sua inserção social e pela qualidade nas condições de moradia. Assim, é preciso interpretar as necessidades de saúde das famílias na perspectiva contextual, histórica e coletiva, pois segundo Veríssimo*, (2002) as condições de vida das famílias de classes sociais subalternas determinam os riscos das crianças adoecer ou morrer. As necessidades de saúde e atenção ofertadas à criança pertencente a determinada classe social são expressas no processo de trabalho dos profissionais de saúde, no cotidiano das Unidades de Saúde e das famílias, enfim “nos modos de andar a vida”.

Esta relevância também é salientada pelo Fundo das Nações Unidas para Infância, Unicef, pois os três primeiros anos de vida são determinantes no cuidado e no desenvolvimento infantil, tendo interferência direta na capacidade de aprendizagem, memória, raciocínio, habilidades lingüísticas, sociais e afetivas da criança. Outro fator a ser considerado é o papel da família neste período: tem função essencial no processo de socialização, nos cuidados psicológico e afetivo, que são complementados pelo sistema educacional – creches e pré-escola. Portanto, o acesso das famílias a recursos materiais e educacionais tem correlação direta no grau de bem-estar e vulnerabilidade das crianças na primeira infância, ou seja, quando não se tem uma justiça distributiva se reitera o ciclo de exclusão desta família, que com grande probabilidade constituirão as unidades familiares pobres de amanhã (Unicef, 2001).

Desta forma, o desenvolvimento infantil não pode ser entendido como exclusividade da família, e sim um compromisso político e social abrangente (Veríssimo, 2002). Ressalta ainda a relevância da promoção do desenvolvimento infantil. Para uma criança desenvolver-se de maneira saudável é preciso cuidado, concretizado por atitudes e práticas de relação entre pessoas, sendo a prática uma ação social. É preciso haver condições favoráveis para promover o desenvolvimento infantil, como políticas públicas de proteção e cuidado da criança, respaldadas nas concepções da equidade e do direito humano. Como institucionalizado na regulamentação legal, no Estatuto da criança e do adolescente (ECA) e na

*Veríssimo MLÓR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família [Apresentado na 1ª Oficina de Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades; 2002 abr. 26; São Paulo].

Constituição Federal no Título VIII – Da Ordem Social, no Cap. VIII, afirmando o conceito de cidadania para a criança, quando aborda a Família, a Criança, o Adolescente e o Idoso:

Art. 227. "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão" (Brasil, 1988).

Para Unicef (2001) o desenvolvimento humano incorpora a equidade na produção e distribuição dos benefícios entre as gerações presentes e futuras. O conceito de desenvolvimento infantil é abordado na vertente dos direitos humanos. Assim, se reconhece que todas as crianças têm o direito de serem bem cuidadas, para que lhes sejam garantidos sobrevivência, crescimento saudável e desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicossocial, principalmente no início de sua vida. A primeira infância tem impacto muito grande no desenvolvimento futuro do indivíduo e sua relação com a condição de pobreza.

Tendo em vista tais considerações iniciais, o presente estudo toma as necessidades como objeto e tem como finalidade apreender as necessidades de saúde, relacionadas à promoção do desenvolvimento infantil, a partir das dimensões objetiva e subjetiva, com vistas a potenciar a autonomia das famílias no equacionamento do cuidado à criança. Para tanto é preciso interpretar as necessidades de saúde das famílias na perspectiva contextual, histórica e coletiva.

Com o intuito de promover a autonomia das famílias para promoção do desenvolvimento infantil, considerando imprescindível reiterar o potencial de fortalecimento do nível local, enquanto espaço de resistência aos processos destrutivos decorrentes da subordinação cultural e econômica. Com isso a Promoção à Saúde, assume papel crucial para promover a equidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das famílias (Chiesa, 1999).

2 OBJETIVOS

- Caracterizar o potencial do desenvolvimento infantil nos distritos de saúde de Curitiba.
- Caracterizar a inserção social das famílias que contam com crianças menores de 5 anos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.
- Apreender as necessidades de saúde percebidas pelas famílias e pelos representantes das agências de socialização relacionadas ao desenvolvimento infantil.
- Analisar os dados a partir do referencial teórico da Promoção da Saúde.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

Dado o fenômeno em estudo optamos pela vertente quali-quantitativa de investigação em saúde segundo o método exploratório analítico.

A opção pela pesquisa quali-quantitativa se deve a que ela contempla o estudo do objeto nas suas dimensões objetivas e subjetivas, enfocando o impacto dos determinantes sociais de saúde que incorpora componentes econômicos, sociais, políticos, culturais, subjetivos e ideológicos. A integração da abordagem qualitativa e quantitativa permite uma aproximação da realidade objetiva, ampliando a compreensão do fenômeno. Assim, os fatos sociais podem ser mensurados e apreendidos por meio da construção de indicadores objetivos e a metodologia qualitativa consente a apreensão da subjetividade presente nas relações que permeiam a realidade vivida. (Westphal, Chiesa, 1999).

Os fenômenos sociais são repletos de significado, uma vez que o mundo social é construído num contexto sociocultural, historicamente determinado (Briceño-León, 2003). É histórico, pois está sempre entre o que está dado e o que está sendo construído, o que lhe confere o caráter de provisoriedade e de dinamicidade. Portanto o objeto tem determinadas características, como a consciência histórica, identidade entre sujeito e objeto e o aspecto ideológico de estar intrínseca e extrinsecamente vinculado a interesses e visões de mundo historicamente construído.

A dialética defende a necessidade de compreender e explicar vínculos de saber e do agir dos sujeitos em suas ações na relação de oposição e complementaridade, contradição e conflitos entre o todo e a parte. Assim, distingue-se por esta dinamicidade entre sujeito objeto no processo de conhecimento e interpretação dos fenômenos (Chizzotti, 1995).

A abordagem qualitativa permite pesquisar as tensões dos fenômenos, pois parte da existência de uma dinamicidade entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre mundo objetivo e subjetivo. Portanto enseja aprofundar a compreensão de determinadas situações que se expressam na forma de opiniões, crenças e valores de grupos, segmentos e de microrrealidades (Minayo, Gómez, 2003). A técnica quantitativa explicita a magnitude e extensividade do problema, auxilia os estudos de grandes grupos populacionais, pautados pelos modelos matemáticos ou estatísticos (Minayo, Gómez, 2003).

O emprego congeminado das técnicas qualitativas e quantitativas contribui na aproximação, compreensão e explicação da realidade a ser estudada, permitindo a interpretação da magnitude, extensividade e intensividade do fenômeno (Minayo, Gómez, 2003). Assim a integração das duas abordagens traz potencialidades complementares na interpretação dialética entre subjetividade e objetividade, entre o social e biológico, entre o todo e as partes. Assume, portanto, a seguinte configuração.

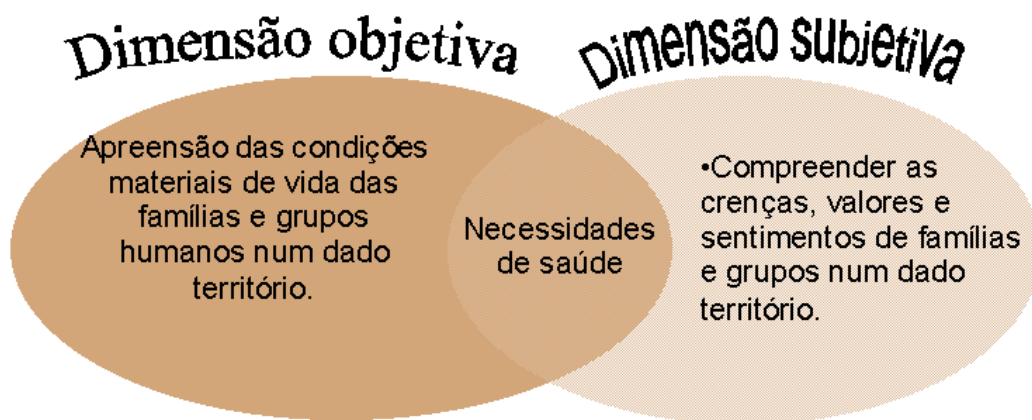


Figura 2 Abordagem metodológica

O espaço da pesquisa representa uma realidade empírica a ser estudada o qual se torna o campo das manifestações intersubjetivas e interações entre pesquisador e sujeitos, propiciando a criação de novos conhecimentos em que a realidade objetiva existe em determinado contexto. A metodologia é o caminho, os

instrumentos, as técnicas e inclui o referencial teórico, além do potencial criativo do pesquisador para compreender e interpretar a realidade com toda sua carga histórica, cultural, política e ideológica. Por conseguinte, a metodologia deve dispor de caminhos e abordagens da realidade capaz de superar os impasses teóricos para os desafios da prática. (Minayo, 2004; Cruz Neto, 1994).

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Curitiba em uma Unidade de Saúde com estratégia PSF, do Distrito Sanitário Bairro Novo, no período de 2004 a 2007; a coleta de dados empíricos se deu entre março e julho de 2006. Os sujeitos foram famílias com crianças até cinco anos de idades e representantes de agências de socialização.

Na escolha do referencial teórico optamos pelas concepções da Promoção da Saúde para fundamentar a apreensão da realidade do objeto investigado, pois o paradigma crítico busca a superação do modelo clínico-assistencial, considerando a saúde como direito humano fundamental e investimento social e tem como princípio básico a justiça social e a equidade.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

3.2.1 Promoção da Saúde

O marco conceitual da Promoção da Saúde está sustentado na concepção de saúde que extrapola os modelos biologicistas da assistência médico-curativa para a saúde na perspectiva da determinação social, bem como explicita a necessidade de atuar sobre as condições sociopolíticas e econômicas (Sicoli, Nascimento, 2003). Para tanto, articula saberes populares e técnicos e mobiliza recursos comunitários, públicos e privados de diferentes setores, para o enfrentamento da complexidade da vida. Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da sociedade pela saúde (Buss, 1999).

Embora a proposta da Promoção da Saúde esteja relacionada à resposta a uma acentuada medicalização da vida social, sem grandes impactos nas condições de saúde, sua prática está assentada em diferentes conceituações. Alguns programas de promoção da saúde são pautados nos componentes educativos relacionados a comportamentos de risco, levando a responsabilização e culpabilização do indivíduo. Outros programas, na vertente considerada “nova promoção da saúde”, estão baseados nos determinantes sociais, sustentados no conceito de saúde como um produto da qualidade de vida, incluindo as condições de vida e trabalho em todas as suas dimensões ao longo da vida dos indivíduos e comunidade (Buss, 1999).

A nova promoção da saúde surgiu na década de 70, buscando um paradigma mais abrangente e explicativo que supera a concepção clínico-assistencial; esta não se mostrava eficaz para o enfrentamento das questões de saúde-doença presentes no mundo. Para o desenvolvimento conceitual e político, a Organização Mundial de Saúde promoveu várias Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, a primeira realizada no Canadá (Brasil, 1996).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorreu em Ottawa, Canadá, em 1986. Promoção da Saúde é o processo de capacitação de indivíduos famílias e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Assim, a promoção da saúde vai para além de um estilo de vida saudável e extrapola o setor de saúde, para um bem-estar global. Portanto, a concepção de saúde é entendida como conceito positivo, ou seja, mudar os modos de vida, trabalho e lazer têm significativo impacto sobre o processo saúde-doença do indivíduo e da coletividade, considerando *a saúde como um recurso para vida e não como fim*. Coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes, ressaltando a responsabilidade desses para as conseqüências das suas decisões (Brasil, 1996).

Desta Conferência resultou um documento denominado Carta de Ottawa que apresenta três grandes estratégias fundamentais para a promoção da saúde: defesa, capacitação e mediação. O documento explicita também cinco campos centrais de ação: *elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de*

saúde. Além disso, enfatiza que as perspectivas para a saúde demandam ações coordenadas entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, mídia e indústria (Buss, 1999, 2003; Brasil, 1996).

A concepção da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa assume alguns desdobramentos da Declaração de Alma Ata, que estabelece os elementos essenciais da atenção primária: o entendimento da saúde no desenvolvimento, a intersectorialidade e a responsabilização do Estado e da sociedade pelas conseqüências das políticas públicas sobre a saúde da coletividade (Buss, 1999). Os recursos e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade (Brasil, 1996) e o potencial de criatividade, inovação com possibilidade de expressar a própria subjetividade e de desfrutar o máximo do potencial de vida com qualidade (Sarcado, 2004). Portanto, só pode ser desenvolvido numa sociedade democrática (Buss, 2000).

A Carta de Ottawa apresenta a Promoção da Saúde pautada pelo conceito positivo de saúde, no qual a saúde é vista como recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e se ressalta a importância na qualidade de vida. Acrescenta ainda que é preciso identificar aspirações e *necessidades* dos indivíduos e grupos, bem como desenvolver ambientes saudáveis para atingir a saúde. Ao reconhecer as pessoas como principal recurso para a saúde, *considera a comunidade como porta-voz essencial* nas questões de saúde, bem-estar e condições de vida. Apóia o desenvolvimento pessoal e social para que as populações possam exercer maior controle da sua própria saúde, do meio ambiente e que possam fazer opções que conduzam a uma saúde melhor, por meio de informações e educação para saúde (Brasil, 1996).

Os cinco campos centrais de ação determinados na Carta de Ottawa passam a ser desenvolvidos nas demais conferências. Na segunda Conferência, realizada na Austrália em 1998, foi elaborada a Declaração de Adelaide que teve como tema central as políticas públicas saudáveis, estruturadas no reconhecimento da saúde como objetivo social, enfatizando a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade, os cuidados primários de saúde, reafirmando a justiça social e a equidade como questões indispensáveis para a promoção da

saúde. Apresenta quatro áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações: *saúde da mulher, alimentação e nutrição saudável e restrição do tabaco e álcool e construção de ambientes saudáveis*.(Brasil, 1996).

Ressaltamos a área de saúde da mulher, pois trouxe repercussões para família, especialmente no cuidado dos filhos, quando direcionam suas ações para a igualdade de direitos na divisão do trabalho, práticas de parto baseadas nas necessidades das mulheres e políticas sociais de apoio às mulheres trabalhadoras, como licença maternidade e o direito de acompanhar o cuidado ao filho doente. Assim, se *reforça a* saúde como direito humano fundamental e investimento social e tem-se como princípio básico a justiça social, a equidade e acesso da população aos meios imprescindíveis a uma vida saudável e satisfatória (Brasil, 1996).

Para Buss, (2000, p.174) as políticas públicas saudáveis ultrapassam a saúde pública tradicional, reformulando o conceito de saúde e o papel do Estado para atender à saúde. A nova proposta de Estado, atrelada às políticas públicas saudáveis “aquela que (re) estabelece a centralidade de seu caráter público e de sua responsabilidade social, isto é, seu compromisso com o interesse público e o bem comum”.

A Declaração de Sundsvall, elaborada na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, tem como princípio básico a equidade e a criação de ambientes favoráveis à saúde que reforçaram o compromisso com o desenvolvimento sustentável. O termo ambiente favorável refere-se aos aspectos físico e social do entorno, ou seja, os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e seu lazer. A Declaração apresenta diferentes dimensões para a criação de ambientes favoráveis: *social*, respeito às diferenças culturais, política, processo democrático nas tomadas de decisões, direitos humanos e a paz; econômica, o desenvolvimento sustentável e o reconhecimento da importância do papel da mulher na sociedade em todos os setores incluindo política e econômica (Brasil, 1996).

A Conferência Sundsvall indicou quatro estratégias para as ações públicas para criar ambientes favoráveis à saúde na comunidade: reforçar as ações comunitárias, em especial as organizações de mulheres, capacitar a comunidade para participar de processo de tomada de decisão, construir alianças e mediar conflitos de

interesses. Em síntese, aumentar a capacidade de participação das pessoas e comunidades num processo democrático de promoção da saúde, ou seja, o *empowerment* (Brasil, 1996).

A Declaração de Bogotá foi elaborada em Santafé de Bogotá, Colômbia, em 1992, numa Conferência regional, na qual assume propostas para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde na América Latina. É considerada de relevância, principalmente por ter destacado a equidade como condição indispensável para a produção social da saúde e o desenvolvimento. Ressalta o desafio que consiste em transformar as relações excludentes, e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos. Reafirma as propostas teóricas e práticas da Carta de Ottawa e apresenta como grandes problemas dessa região as complexas e desgastantes desigualdades econômicas, ambiental, social, política e cultural, explicitando as iniquidades. Na esfera política, a existência de barreiras que limitam a participação da cidadania na tomada de decisão, ou seja, o exercício da democracia (Brasil, 1996; Buss, 2000).

A Declaração de Jacarta, elaborada na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, discutiu a revisão e avaliação do impacto das ações de promoção da saúde propostas em Ottawa. Outra proposta desta conferência foi identificar novas estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no Século XXI e facilitar o desenvolvimento de parcerias para mudanças no mundo. Dentre as diretrizes apresentadas, foram enfatizadas ações para reduzir as iniquidades em saúde, garantir os direitos humanos e acumular capital social. Ressaltou-se a importância do acesso à educação e à informação, reafirmando como ponto central a participação popular e o *empowerment* (Brasil, 1996; Buss, 2003).

As cinco prioridades definidas em Jacarta foram: promover responsabilidade social com a saúde; aumentar o investimento para o desenvolvimento humano, saúde e qualidade de vida. Consolidar e ampliar as parcerias nos diferentes setores e em todos os níveis de governo e sociedade; fortalecer a capacidade da comunidade e do indivíduo para interferir nos determinantes de saúde; assegurar uma infra-estrutura para o desenvolvimento da promoção da saúde e fortalecimento de sua base científica (Buss, 2003, 2000).

A quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, resultou na Carta do México, que reafirma as cinco prioridades definidas em Jacarta. Fortalece a idéia de pesquisas para explicitar o conceito de Promoção da Saúde e identificar estratégias para o desenvolvimento de ações. Esta Conferência teve como objetivo avaliar a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para melhorar as condições a saúde e a qualidade de vida das pessoas que vivem em condições adversas (Brasil, 1996).

Um dos focos da Promoção da Saúde é a equidade. Para tanto é preciso reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar as pessoas a realizar seu potencial de saúde. É preciso diminuir as discrepâncias entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais e lutar contra as desigualdades em saúde. O paradigma da promoção da saúde assenta-se no princípio da equidade, da justiça social e acesso a um estado de bem-estar (Brasil, 1996). A busca da equidade consiste em um modelo tecnoassistencial que enfatize as necessidades individuais e coletivas como norteadoras da organização dos serviços de saúde (Oliveira, 1996).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde transcende os cuidados de saúde, para a responsabilidade política com a saúde nos diferentes âmbitos e dos diferentes atores sociais, chamando a atenção dos políticos e dirigentes para as conseqüências das suas decisões no campo da saúde. Assim, alcançar a *equidade* em saúde é um dos focos desta proposta, pois considera que as pessoas não podem usar seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (Brasil, 1996).

A complexidade das questões de saúde e a ligação entre população e meio ambiente estabelecem a base para abordagem socioecológica da saúde. Esta inter-relação direciona o mundo para uma ajuda mútua, que é preciso cuidar de si próprio e do outro, da comunidade e do meio ambiente natural, enfatizados pela responsabilidade global. Chama a atenção para as condições de trabalho, necessidade de lazer e sobre o significativo impacto destas sobre a saúde. Considera a proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais uma ação de Promoção da Saúde (Brasil, 1996).

Deste modo, a Promoção da Saúde demanda articulação entre todas as partes envolvidas: governo, setor de saúde, educação, setores sociais e econômicos, organizações não governamentais, e pessoas em todas as esferas da vida, como indivíduos, famílias, e comunidades (Brasil, 1996). Segundo Buss (2000) é preciso uma nova institucionalidade pública, para articular políticas sociais incluindo a de saúde e que coordene as políticas intersetoriais, o que depende da configuração de uma autoridade social. A intersetorialidade sustentada no arcabouço conceitual da saúde enquanto histórica e socialmente determinada, requer uma ação coordenada entre os diferentes setores envolvidos com responsabilidade dos profissionais e grupos sociais em mediar os diferentes interesses relacionados à saúde na sociedade. As estratégias devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades, respeitando as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (Brasil, 1996).

O campo da Promoção da Saúde considera as ações comunitárias concretas e efetivas o centro do processo e o incremento do poder das comunidades, a posse e o controle dos seus próprios esforços. Para isto, é preciso fornecer recursos humanos e materiais para o apoio social, o que requer acesso à informação, oportunidades de aprendizado e apoio financeiro. A saúde é construída no espaço da vida, onde trabalham, estudam, amam, ou seja, naquilo que se faz no seu dia a dia. É estabelecida na luta por melhores condições de saúde, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre a sua vida e é estruturada no cuidado de cada um por si próprio e pelos outros. Tem como princípio a participação dos indivíduos como parceiros iguais, independentemente de gênero, em todas as etapas do processo do planejamento da avaliação das atividades (Brasil, 1996).

Podemos considerar que os conceitos da Promoção da Saúde que dão sustentação a uma prática inovadora são o empowerment e a equidade. Equidade em saúde como a forma de garantir acesso a todos, diminuindo aquelas diferenças injustas e desnecessárias, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de suas capacidades individuais e coletivas para a promoção plena da saúde (Whitehead, 1990). O *empowerment* como o fortalecimento da participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas, buscando contribuir na emancipação humana (Carvalho, 2004).

O setor de saúde deve mover-se no sentido da promoção da saúde, além de manter sua responsabilidade de prover atendimento clínico e de urgência. Os serviços de saúde devem respeitar as diferenças culturais e adotar uma postura mais abrangente apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida saudável, articulando os diferentes setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Para essa mudança nos serviços, é preciso um esforço maior na pesquisa e no ensino dos profissionais da área da saúde para focalizar a organização dos serviços nas necessidades do indivíduo.

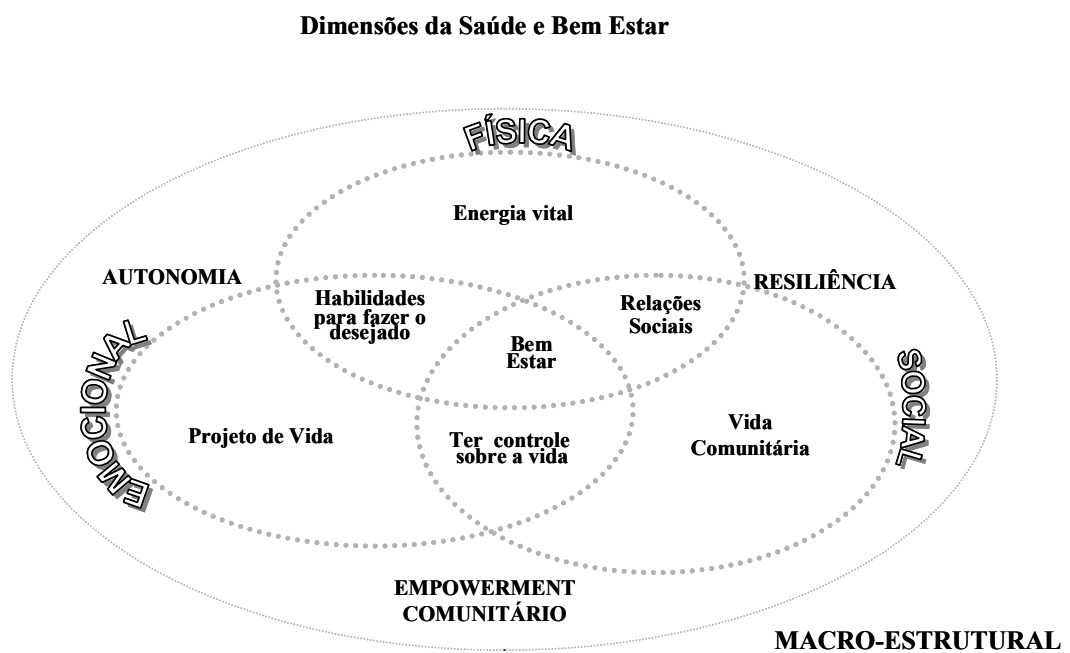
A Promoção da Saúde representa uma possibilidade promissora para enfrentar múltiplos problemas de saúde, dentre esses as questões do desenvolvimento infantil. Considerando que a promoção da saúde apresenta uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, articulando os diversos setores da comunidade, saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, essas são condições inestimáveis para construção de práticas sociais de promoção da saúde. Representa, assim, uma forma nova e mais adequada de redistribuição de direitos e responsabilidades entre Estado e a sociedade, de participação ativa da sociedade, fruto de interlocução e pactuação dos atores sociais (Buss, 2000).

Este trabalho está sustentado no referencial teórico da Promoção da Saúde, no eixo da reorientação dos sistemas e serviços de saúde, pautada pelo conceito de *empowerment*. Para interpretação dos dados utilizaremos as categorias analíticas que constituem as dimensões de saúde e bem-estar de Labonte (1994) adaptadas por Chiesa (2003) apresentada na representação gráfica da figura 2. Estas categorias também foram utilizadas por Ávila (2002) no desenvolvimento da proposta de sistematização do processo de captação das necessidades de saúde de adolescentes, partindo da visão deles próprios, das famílias, dos empregadores e das instituições sociais.

Categorias conceituais que, segundo Egry, (1996, p.51) são definidas como “um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”. As categorias empíricas do referido estudo explicitam a concepção de saúde, necessidades das crianças, necessidades das famílias relacionadas ao

desenvolvimento infantil e os recursos existentes e necessários nos diferentes espaços da sociedade. As categorias analíticas foram: energia vital, vida comunitária, projeto de vida, relações sociais, controle sobre a vida e habilidades para o desejado.

As categorias foram compostas com as dimensões de bem-estar físico, social e emocional, que caracterizam a ampliação do objeto da saúde e suas interfaces que representam o escopo da ação no campo da Promoção da Saúde. Segundo Chiesa (2003), essas dimensões contribuem para estruturar ações que fortaleçam o potencial de saúde de uma população. A autora evidencia a interface das categorias e destaca a estreita relação entre:



* Figura 3 Dimensões de Saúde Bem-Estar (Chiesa, 2003, adaptado de Labonte).

Energia vital e a vida comunitária: identificamos o potencial de vitalidade física aliada ao desejo de participação junto a grupos ou associações

* Chiesa AM. A promoção da Saúde como eixo estruturante para o Programa de Saúde da Família. [Apresentação ao Congresso Paulista de Saúde Pública, 2003; São Paulo].

comunitárias para usufruir boas relações pessoais e sociais, nesta interseção encontram-se as dimensões das **relações sociais**.

Energia vital e o projeto de vida: nesta interface existe a necessidade de ter um grau de vitalidade física aliada à vontade, desejo para a vida, está relacionado ao um projeto de vida para reconhecer e praticar aquilo de que a pessoa gosta. Nesta interseção encontra-se a dimensão **habilidade para fazer o desejado**.

Projeto de vida e a vida comunitária: nesta interface existe a necessidade de ter um significado e sentido da vida, um projeto de vida aliado à participação comunitária e convivência junto à família, amigos e grupos. Nesta interseção encontra-se a dimensão **ter controle sobre a vida**.

O esquema analítico das dimensões de saúde e bem-estar, proposto por Chiesa (2003) e adaptado de Labonte, trata de “um instrumental relativo ao paradigma crítico da Epistemologia aplicado à saúde-doença, que permite a construção da realidade social e a identificação das relações sociais de poder. Este esquema traz a perspectiva de desenvolvimento de processos educativos emancipatórios baseados no *empowerment*” (Ávila, Chiesa, 2006)*.

3.2.2 *Empowerment*

Empowerment é um termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Considerado de caráter multifacetário e complexo, alguns autores traduzem como fortalecimento, aumento da autonomia, emancipação ou mesmo empoderamento. (Vasconcelos, 2003). Por conseguinte, justificamos a manutenção do termo *empowerment* na sua língua original no intuito de garantir a credibilidade no seu sentido.

O *empowerment* é considerado como conceito fundamental do movimento de Promoção da Saúde e está presente nos pressupostos da Carta de

* Ávila LK, Chiesa AM. A Promoção da Saúde e a necessidade dos adolescentes, 2006 (em fase de elaboração).

Ottawa (Becker et al., 2004), no qual a promoção da saúde é vista como capacitação da comunidade para a defesa da saúde, com a finalidade de reduzir as iniquidades e ampliar a justiça social. Assim, visa potencializar indivíduo e comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e participar nos processos de tomada de decisão (Buss, 2000; Vasconcelos, 2003). O *empowerment* é entendido como fundamental tanto para a redução da iniquidade como para promover a saúde e a qualidade de vida (Zancan, Adesse, 2004).

A Promoção da Saúde busca influenciar os determinantes da saúde e a capacidade da comunidade para que desenvolva sua autonomia. O empowerment está relacionado com oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, é meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, contribuindo para o fortalecimento do tecido social, interações de caráter dialético e contraditório presentes em todas as relações (Becker et al., 2004).

Para Vasconcelos (2003 p. 55) o *empowerment* é apresentado no sentido de “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais principalmente daqueles submetidos às relações de opressão, discriminação e dominação social”. Para Santos, (2002 p.266) “O poder é qualquer relação social regulada por uma troca desigual”. A compreensão da complexidade da noção de poder interfere nas práticas do *empowerment*.

É comumente resultado de uma distribuição desigual de trocas iguais ou aproximadamente iguais; essas trocas podem ser materiais e não materiais, e estão profundamente entrelaçadas. O que faz de uma relação social um exercício do poder é o grau com que é desigualmente tratado o interesse das partes, ou seja, quanto um interfere nos interesses do outro, de maneira contrária ao interesse do outro. As trocas podem abranger condições que determinam a ação e a vida, trajetórias e projetos individuais e coletivos, assim como bens, serviços, meios recursos, valores, capacidades, identidades, interesses e oportunidades. Dentre esses, as desigualdades, estão principalmente na educação, na capacidade de comunicação e de participação, bem como nas desigualdades de oportunidade de participar em processos decisórios significativos (Santos, 2002).

O *empowerment* é considerado por Labonte, (1994) como relacionamento, em que todos os atores sociais são relevantes neste processo, pois o

ato de “empoderar” só existe no ato da relação de poder. Essa argüição é corroborada pelas afirmações de Foucault, (1979) de que o poder não existe; existem, sim, práticas ou relações de poder. Santos (2002), no entanto, ressalta que o poder contraditoriamente, tanto pode aumentar o potencial transformador de grupos ou sujeitos enquanto indutor, abrindo caminhos, sendo permissor, como também pode excluir, reprimir, censurar, fixando fronteira, resultando em força inibidora.

Todas as relações de poder são intrinsecamente distributivas e complexas, pois permitem uma formatação muito variada de situações e contextos em que as forças inibitórias se combinam com as emancipatórias. Portanto, o exercício do poder nunca ocorre de uma forma pura, mas consiste em interpenetrações de diferentes formas, combinadas de maneiras específicas. Determinadas situações do exercício do poder podem convergir em diferentes formas de desigualdade como etnia, gênero, classe, geracional etc. Frequentemente as pessoas aceitam como sendo trocas iguais, o que de fato são trocas desiguais, pois a aparência de igualdade que o poder assume é uma ilusão, que têm seu “quê” de verdade (Santos, 2002).

O poder é um conceito central para a promoção do desenvolvimento da comunidade, pois se encontra presente nas atividades da vida cotidiana, onde ocorre a maioria das relações sociais. O acesso a diferentes formas de poder - social, político e econômico – pode trazer habilidade para indivíduo, família, grupo e comunidade para progredir (Oakley, Clayton, 2003). Foucault, (1979) ressalta a existência de uma relação entre saber e poder, pois toda relação de poder é constituída por um campo de saber, e todo o saber constitui novas relações de poder, e considera que todo saber assegura o exercício do poder.

Para auxiliar na interpretação das necessidades de saúde das famílias para ampliar as chances de saúde dos filhos o esquema analítico das dimensões de bem-estar contribui como ferramenta possível de apreender a saúde como recurso para vida, e não como ausência de doença. Considerando que a saúde é construída socialmente, as relações de poder têm grandes repercussões tanto na determinação das necessidades de saúde como na sua satisfação. Utilizamos também a proposta analítica de Santos, (2002) em que ele identifica espaços de produção de diferentes configurações das relações de poder, como forma de organizar e interpretar os dados.

Boaventura de Sousa Santos traz uma reflexão sobre o paradigma dominante, inserindo a teoria crítica moderna com o objetivo de transformar-se num novo senso comum emancipatório, estruturando paradigmas emergentes para subsidiar práticas emancipatórias sociais possíveis. O autor relaciona os modos de produção do poder, do direito e do conhecimento em seis espaços estruturais da sociedade capitalista e este mapa constitui a possibilidade de construção teórica e prática do *empowerment*.

Para contribuir na análise das forças inibidoras e permissoras que conformam as relações de poder vivenciadas pelas famílias para ampliar as suas chances de vida e saúde, utilizaremos a matriz analítica apresentada por Santos (2002) que distingue seis espaços estruturais: *espaço doméstico*, *espaço da produção*, *espaço do mercado*, *espaço da comunidade*, *espaço da cidadania* e *espaço mundial* da estrutura de ação das sociedades capitalista que integram o sistema mundial. Espaços onde se desenvolvem modos de produção de práticas sociais sócio e historicamente construídos. Existe interpenetração das formas de poder entre os diferentes espaços, com diferentes combinações dos modos de produção e formas de poder que, embora se inter-relacionem, são estruturalmente autônomas.

A relação de poder é caracterizada por seis formas distintas: *o patriarcado* é a forma de poder privilegiada do espaço doméstico, geralmente é um sistema de controle dos homens sobre a reprodução social das mulheres; *a exploração* é privilegiada no espaço da produção, *o fetichismo das mercadorias* é a forma de poder do espaço do mercado. O sujeito de consumo transforma-se em objeto de consumo; *a diferenciação desigual* é a forma de poder do espaço da comunidade, mediante o dualismo da inclusão e da exclusão, manifestado nas diferentes formas de discriminação; *a dominação* é a forma de poder privilegiada do espaço da cidadania e a troca desigual é a forma de poder do espaço mundial, que explicita as múltiplas desigualdades entre o centro e a periferia.

Numa teoria crítica o conceito de poder está sustentado numa idéia de emancipação, enquanto relacional, assim como o poder contra o qual se insurge, ou seja, não há emancipação, mas relações emancipatórias. Santos, (2002) concorda com Young na afirmativa de emancipação enquanto justiça capacitante; porém a

capacitação e a distribuição compõem as faces da emancipação. Assim, sem mudança na distribuição e na capacitação, não existem processos emancipatórios. As relações emancipatórias desenvolvem-se no meio das relações de poder, como resultado das contradições criadas e criativas. Só por meio do exercício cumulativo de situações permissoras ou capacitantes é possível a transformação das capacidades que produzem poder em capacidades que o destroem (Santos, 2002).

Um dos desafios é o reconhecimento das diferentes formas de poder que podem proporcionar ações emancipatórias ou repressoras, englobando práticas sociais e de saúde, teorias e disciplinas e competências legais e profissionais. As relações de poder têm repercussão na construção de alianças entre diferentes grupos oprimidos, na esfera da prática política (Vasconcelos, 2003).

A produção das práticas de saúde, como toda relação social, também se encontra nesta dualidade, sendo um projeto de intervenção que proporciona ações emancipatórias ou produz práticas inibidoras. Estas são resultantes das diferentes formas de poder da sociedade. Ressaltamos as tensões existentes nas práticas profissionais, identificadas por Labonte, (1996) como o “*poder sobre*” ou “*poder com*”. No primeiro, “*poder sobre*” a atitude do profissional é tolerante com o outro, no intuito de educar o indivíduo ou comunidade, segundo as crenças e valores do profissional e sua visão de mundo. O “*poder com*” é uma prática que contempla também a dimensão intersubjetiva, a partir da experiência de vida das pessoas, a partir da voz dos indivíduos e grupos, assentada numa relação de respeito com o outro. Existe uma troca entre o saber profissional e o saber popular, e não a imposição de um saber sobre o outro, não ocorre à negação de nenhum conhecimento e sim o diálogo.

Segundo Freire (2005) o diálogo é fenômeno humano, encontro dos homens, forma indispensável para a prática libertadora. Assim, é importante uma reflexão sobre as práticas de saúde desenvolvidas, buscando compreender, entre outras questões, as que permeiam na intercessão do poder e do conhecimento. Portanto as concepções de Paulo Freire contribuem tanto na perspectiva do *empowerment* como nos processos dialógicos com horizontalidade de poder e maneiras de compartilhar saberes, para que possamos desenvolver práticas emancipatórias e não práticas coercitivas.

Para tanto, é preciso diferenciar a forma de atuação do profissional com a comunidade para o desenvolvimento da Promoção da Saúde na perspectiva do *empowerment*, pois segundo Labonte (1996) o *empowerment* só pode ocorrer no “fazer com”, e traz a necessidade de diferenciarmos o “fazer por” do “fazer com” em todas as dimensões da promoção da saúde, tanto no aspecto de defesa e coalizão, no suporte legal, como na participação comunitária.

Esta abordagem implica a reconstrução da identidade profissional flexível e longe dos padrões da cultura profissional hegemônica. Portanto, ocasiona conflitos de interesses, e conseqüentemente resistência às propostas do *empowerment* por todos os que mantêm o poder. Esta perspectiva requer uma compreensão crítica das contradições presentes nos contextos das condições desfavoráveis de trabalho para os profissionais e uma cultura gerencialista que enfatiza resultado e não os processos, dificultando mudanças institucionais que favoreçam o trabalho em equipe e multiprofissional comprometido com os usuários (Vasconcelos, 2003).

Para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, Labonte (1996) apresenta uma estruturação das diferentes dimensões sociais para articulação das práticas do *empowerment*. O esquema representa cinco dimensões do *empowerment*: cuidado pessoal, desenvolvimento de pequenos grupos, organização comunitária, construção de defesa e coalizão, ação política.

O autor considera que nenhum profissional tem habilidade e tempo para trabalhar em todas as dimensões, ou seja, um único projeto dificilmente atenderia ao *empowerment* na sua totalidade.



Figura 4 *Empowerment* adaptado de Labonte, (1994).

Cuidado pessoal: é a situação em que os trabalhadores de saúde se deparam com indivíduo, vivendo em condições de pobreza. Um dos pilares para serviços de Promoção da Saúde, com intuito do fortalecimento comunitário, é primeiramente oferecer suporte e não controle. O suporte deve respeitar a autonomia do indivíduo, ser sensível à sua cultura, buscar compreender os interesses e problemas no contexto psicológico e socioambiental, mover em direção à capacidade do indivíduo de agir sobre seu problema.

Desenvolvimento em pequenos grupos: o pequeno grupo é lócus das mudanças, pois é neste espaço que se constrói a identidade e os objetivos do grupo. O espaço da comunidade é considerado como propulsor da promoção da saúde, como veículo de *empowerment*. Somente com o suporte do grupo é que muitas pessoas podem participar dos processos de mudança na sua comunidade.

Organização comunitária: é uma reflexão coletiva, num compartilhar de idéia sobre a comunidade, respeitando cada contribuição. Esta dimensão abarca o processo de organização das pessoas em torno dos seus problemas, nos níveis

interpessoal e intergrupar da sociedade. Essa dinâmica tem como eixo o território, o local onde a comunidade está com seus problemas, partindo da realidade concreta. Nesta dimensão, o processo de trabalho político para as mudanças estruturais relacionadas ao poder é mais difícil de acontecer.

Construção de uma aliança de defesa: compõem o quarto elemento das dimensões sociais do *empowerment*, no qual os profissionais podem auxiliar grupos comunitários em sua própria defesa com oferecimento de conhecimento, habilidades analíticas, informações de como funciona a estrutura burocrática e política, entre outras. Este suporte legal é uma extensão do suporte de organização comunitária.

Ação política: o quinto elemento das dimensões do *empowerment* representa a intensificação de ações sobre as alianças de defesa. Essa é uma das dimensões que tem maior possibilidade de ir além da dimensão singular ou particular, para interferir na dimensão estrutural, portanto mais complexa.

O desenvolvimento de estratégias de *empowerment* requer diferentes abordagens teóricas para lidar satisfatoriamente com práticas de *empowerment*. Vasconcelos, (2003) considera as perspectivas teóricas dos direitos civis e humanos, cidadania, participação dos usuários, processos psicológicos e psicossociológicos, e as abordagens de normalização, como possibilidade capaz de lidar com questões de ordem econômica, social, política, cultural, de gênero, raça e etnia e outras formas de opressão que permeiam as relações sociais; ou seja, um corpo teórico mais comprometido com estratégias emancipatórias de democracia popular e de transformações sociais e políticas plurais.

Desta forma, as dificuldades das práticas de desenvolvimento do *empowerment* são consideradas complexas e com grande amplitude, pois visam promover mudanças efetivas, além das questões que permeiam a falta de clareza e a complexidade do conceito de *empowerment* comunitário, bem como a maneira de operacionalizar, avaliar e aplicar as intervenções para o desenvolvimento desta prática (Becker et al., 2004).

Para incidir positivamente nos determinantes do processo saúde-doença é preciso contribuir no desenvolvimento da capacidade reflexiva e de intervenções dos diferentes sujeitos no contexto social, contribuindo para a constituição de cidadãos conscientes e portadores do direito a ter direitos. O *empowerment* é uma

possibilidade de que indivíduos e coletivos desenvolvam competências para a vida em sociedade, com capacidade de analisar criticamente as condições sociais e políticas, desenvolvendo recursos individuais e coletivos para ações sociais e políticas (Carvalho, 2004).

O *empowerment* possibilita estratégias de resistência, indisciplina e de mudanças; porém pressupõe que nas relações sociais estão implícitas as correlações de força da sociedade. Assim, essas relações estão imbuídas de diferentes conflitos de interesses como os econômicos, ideológicos, de poder, de raça, gênero e entre as disciplinas profissionais. Portanto, ressalta-se a importância da visão crítica do referencial teórico, de uma prática reflexiva, mas também de processos relacionados à subjetividade (Vasconcelos, 2003).

Em face dos desafios do *empowerment*, no campo da saúde, são apontadas questões teóricas de complexidade e interdisciplinaridade, bem como a necessidade do reconhecimento do direito à diferença e pluralismo como questões relevantes para compreender as diferentes formas de opressão (Vasconcelos, 2003). Chiesa, (1999) reitera o *empowerment* como forma de contribuir para o alcance da equidade, a partir do potencial de fortalecimento do nível local enquanto espaço de resistência aos processos destrutivos resultantes da subordinação cultural e econômica. Para tanto considera necessário o resgate da intersubjetividade e o desenvolvimento de práticas emancipatórias para o enfrentamento dos problemas atuais.

Chiesa, (1999) considera que ações desenvolvidas na perspectiva da superação das iniquidades devem aumentar a autonomia dos sujeitos e grupos para atuar nos processos geradores de saúde-doença. Portanto, considera um desafio da saúde coletiva a proposição do desenvolvimento humano, ampliando a compreensão do desenvolvimento social e a melhoria na distribuição dos benefícios advindos do crescimento econômico, a recuperação do ambiente e o desenvolvimento do *empowerment* individual e coletivo, fortalecendo a participação das camadas mais pobres da população, resguardando a oportunidade e condições de escolhas. E o desafio da promoção da saúde está centrado na transformação das relações excludentes, que conciliem a ampliação do desenvolvimento social e a garantia do bem-estar social. Para tanto é preciso reconhecer as necessidades de saúde dos grupos sociais de um dado território.

Chiesa (1999) apresenta as contradições existentes entre as necessidades percebidas pelos grupos e as propostas vislumbradas para satisfazê-las estão relacionadas à inserção social do grupo. Sugere as ações de *empowerment* individual e coletivo, enquanto possibilidade de superação das necessidades do cotidiano. Na compreensão da inter-relação das necessidades com as possibilidades de superação, agrega os conceitos de vulnerabilidade e *empowerment* centrados na identificação das iniquidades pessoais e dos grupos, buscando medidas de impacto no *plano individual*, com maior poder para as pessoas controlarem as diferentes situações do cotidiano; sobre o *plano programático* na perspectiva da organização dos serviços de saúde e da estruturação de ações voltadas para a redução dessas fragilidades; e sobre o *plano social* na determinação de políticas públicas de saúde e nas formas de organização social que determinam os diferentes perfis epidemiológicos.

A superação das iniquidades identificadas reforça as estratégias da Promoção da Saúde, em especial o *empowerment* individual e coletivo, o fortalecimento das ações intersetoriais e a implementação de políticas públicas saudáveis, bem como a formulação de ações afirmativas voltadas para a correção das discriminações percebidas, reiterando o potencial do nível local como espaço de captação das necessidades e de resistência aos processos destrutivos resultantes da produção e reprodução social (Chiesa, 1999).

3.3 ETAPAS DO ESTUDO

O trabalho foi desenvolvido em três fases: fase exploratória, trabalho de campo e análise do material. A primeira, fase exploratória, é dedicada à interrogação do objeto, em que a clareza e a precisão decorrem de uma relação dialética entre empenho de estabelecer marcos conceituais abrangentes e amplos e articulá-los à prática. Nesta fase, foi definido isto: marco conceitual, pesquisa bibliográfica, ordenação imprecisa da realidade empírica, construção dos instrumentos de pesquisa, exploração do campo que contempla a definição dos sujeitos e grupo social, lócus da pesquisa, finalizando formalmente com a entrada em campo (Minayo, 2004).

Na fase, denominada trabalho de campo, ocorre o recorte empírico e teórico em relação ao objeto. A captação e compreensão dos fenômenos da dimensão subjetiva formam parte da premissa de que a realidade só pode ser compreendida mediante o resgate do vivido, que considera sentimentos, emoções, representações, consciente ou inconsciente e o sentido atribuído aos fenômenos pelo sujeito (Minayo, 2004). Na dimensão objetiva, a apreensão parte das condições materiais de vida das famílias e inserção social dos grupos humanos num território, espaço social e político em que são expressas as desigualdades sociais. Assim, o método de coleta de dados possibilita interpretações e valorização das diferentes dimensões das condições de vida e das experiências, de modo singular pelos envolvidos no processo, expressos pelos indivíduos, permitindo, portanto a identificação de múltiplas facetas do objeto em estudo (Chiesa, Ciampone, 1999).

A terceira fase, na qual é realizada a análise do material, de acordo com Minayo, (2004), tem três finalidades: a primeira é a heurística que busca compreender os dados; a segunda, confirma ou levanta hipóteses ou pressupostos, ampliando o conhecimento do assunto pesquisado; e a terceira ultrapassa o nível espontâneo, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

Curitiba é a capital do Estado do Paraná, localizada na região sul do país. Tem uma área de 435,495 km², com 51m² de área verde por habitante. A população da cidade é de 1.788.559 de habitantes (estimativa IBGE/2006), a população na faixa etária de 0 a 4 anos em Curitiba é de 142.183 habitantes. Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Curitiba congregava em 2005, 19.481 crianças matriculadas em creche e 25.698 alunos matriculados na pré-escola. A densidade populacional de 3,31 habitantes por domicílio, e uma renda *per capita* U\$ 8 mil/ano (IPARDES, 2007; IPPUC, 2005a).

O Município de Curitiba está administrativamente dividido em 75 bairros agrupados em 9 distritos sanitários: Boqueirão, Santa Felicidade, Cajuru, Boa Vista,

Matriz, Portão, Pinheirinho, Bairro Novo e Cidade Industrial de Curitiba (CIC). O distrito sanitário do CIC foi criado em março de 2005 e é composto pelo desmembramento de três Distritos Sanitários: Santa Felicidade, Portão e Pinheirinho (Curitiba, 2007).

O Sistema Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena desde 1998. Para gerenciar o fluxo dos serviços de saúde, o município organizou centrais de atendimentos: Central de Leitos, Central de Transportes, Marcação de Consultas Especializadas. A Rede Municipal de Saúde própria é composta por 123 equipamentos de saúde, sendo 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com estratégia do Saúde da Família, 47 Unidades Básicas de Saúde, 11 Unidades de Saúde Complexas, sete Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, oito Centros Municipais de Urgências Médicas, um Hospital geral e maternidade com 60 leitos, um Laboratório de Análises Clínicas. Conta com 131 equipes de Saúde da Família que cobre aproximadamente 25% da população de Curitiba, 1.149 Agentes Comunitários e um corpo funcional com 5.723 servidores (Curitiba, 2007).

O município possui suporte de assistência hospitalar composto por 30 hospitais credenciados ao SUS: três são públicos, 12 filantrópicos e 15 privados, totalizando 4.735 leitos cadastrados ao SUS. A assistência pré-hospitalar é prestada pelo SIATE, uma parceria entre Secretaria Estadual de Saúde, Corpo de Bombeiros e Secretaria Municipal de Saúde.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) trabalha com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para analisar as desigualdades. O IDH analisa o nível de desenvolvimento humano, usando três dimensões: educação, longevidade e renda *per capita*. O IDH de Curitiba em 2000 foi de 0,856, sendo que a variável longevidade foi de 0,776, renda de 0.846 e a variável educação foi de 0,94 .(PNUD, 2006). O Índice de Desenvolvimento Infantil - IDI é um instrumento que revela as condições de vida das crianças de 0 a 6 anos, explicitando o resultado de ações em prol das crianças e no direcionamento para formulações de políticas públicas para a primeira infância. O IDI é composto por 5 variáveis proporção de crianças com mães de escolaridade precária, pai com escolaridade precária, cobertura de pré-natal, cobertura de vacina e escolarização bruta na pré-escola e creche. O IDI de Curitiba em 1999 foi de 0,749 e em 2004 caiu

para 0,746%. Uma das variáveis que contribuiu para esse resultado foi o percentual de crianças matriculadas na pré-escola que diminuiu no mesmo período de 41,54 para 32,23%, agora a variável escolaridade dos pais teve um impacto positivo, pois houve uma redução no percentual de pais e de mães com escolaridade precária. Apesar da queda do IDI no município de Curitiba, a cidade ainda mantém um indicador melhor que o Estado. Porém o IDI do Estado do Paraná apresentou uma elevação de 1999 para 2004 de 0,650 para 0,718, com melhoria em todas as variáveis utilizadas na composição deste indicador (UNICEF, 2006).

Dentre os indicadores de saúde, apresentaremos alguns que se relacionam de forma direta com as condições de saúde das crianças. O perfil de nascidos vivos (NV) em Curitiba teve uma redução de 2000 até 2003, sendo que em 2003, foi de 24.835 mil NV. Em relação à proporção de risco ao nascer a avaliação dos nascidos vivos indica que, em 2003, 27,1% do total dos nascidos vivos residentes em Curitiba eram de risco e 7,2% dos nascidos vivos residentes na cidade eram prematuros. Em relação à proporção da idade materna 16,1% dos nascidos vivos, a mãe tinha menos que 20 anos e 4,6% tinha idade inferior a 17 anos. O coeficiente de mortalidade infantil de Curitiba em 2003 foi de 12,33 1000/NV e o coeficiente de mortalidade infantil do Estado do Paraná em 2003 foi de 16,47 1000/NV (Curitiba, 2003).

Para a Promoção da Saúde com enfoque na criança o município de Curitiba conta com alguns programas: Combate a Carências Nutricionais; Nascer em Curitiba na vigilância à saúde, fazendo o monitoramento do risco do recém-nato ao nascer; Crescendo com Saúde se trata de um protocolo de atendimento às doenças respiratórias e alergias; a Rede de Proteção é um programa que aponta as diretrizes para a atenção à violência na infância; Pacto pela Vida que são ações estruturadas para redução da mortalidade infantil.

A rede municipal de Creche é formada por 233 unidades, sendo 152 oficiais mantidas e geridas pela Prefeitura Municipal e 81 comunitárias, que atendem em torno de 25.000 crianças. O Programa Integrado da Infância e Adolescência – PIÁ, que proporciona atendimento integral a crianças na faixa etária de 7 a 14 anos, que freqüentam a escola regular. As crianças recebem reforço escolar, desenvolvem atividades artísticas e esportivas, nas áreas onde existe degradação ambiental é

desenvolvido trabalho em educação ambiental e hábitos de higiene. Atualmente são 64 projetos Piás (IPPUC, 2005a).

O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Saúde PSF do Distrito sanitário Bairro Novo. A escolha do distrito sanitário para a realização da pesquisa se deu a partir caracterização das desigualdades sociais produtoras de iniquidades que interferem no processo saúde /doença. A caracterização dos distritos sanitários foi realizada com os dados do IBGE - Censo-2000, em que utilizamos indicadores compostos para explicitar as desigualdades existentes. Estes dados serão apresentados no próximo capítulo. As iniquidades sociais foram expressas com maior intensidade no Distrito Sanitário do Bairro Novo, assim optamos por este distrito para coleta de dados.

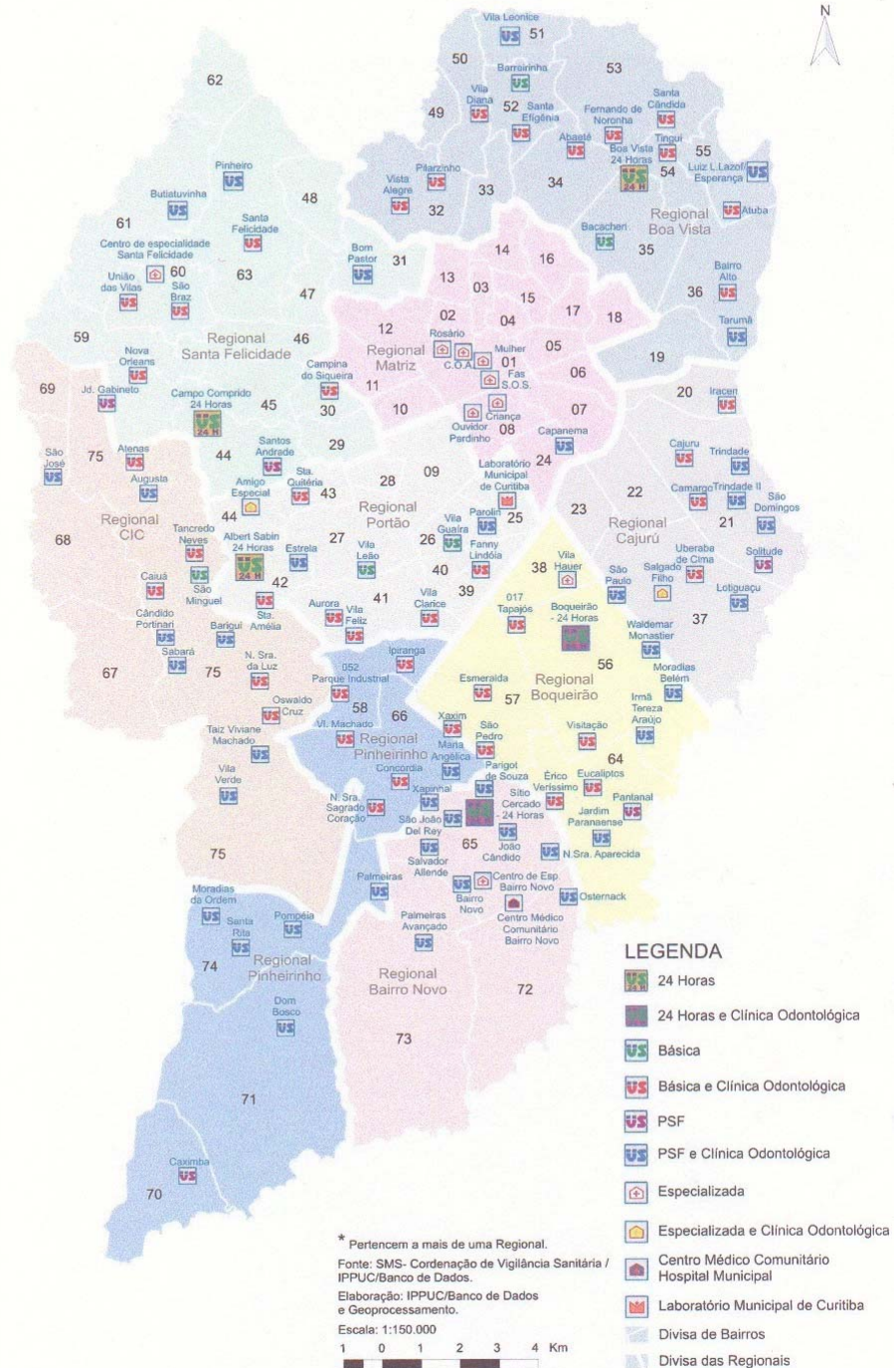
O distrito do Bairro Novo foi criado em 1997, da divisão do Pinheirinho, situado na região sul de Curitiba, é composto por três bairros: Sítio Cercado, Umbará, Ganchinho. Com grande extensão territorial foi criado um projeto de urbanização para responder às demandas de moradia existentes na COHAB e também a necessidade de relocação de famílias da área de ocupação da Ferrovia, que se deu de forma bastante diversificada (Curitiba, 2007).

O Bairro Novo possui 130.185 habitantes, representando 8,2 da população do município, com uma concentração na área de abrangência do Distrito de 10,6%, de crianças até 5 anos, com um número absoluto de 13.920 crianças (IBGE,2000). A Rede Municipal de Saúde do Bairro Novo é composta por um Distrito Sanitário, um Centro Médico Comunitário, um Centro de Especialidades, uma Unidade de Saúde 24 horas e nove Unidades de Saúde PSF. Para escolha da Unidade de Saúde para coleta de dados, o critério de inclusão foi o de ser unidade PSF e concentrar o maior número de crianças de 0 a 5 anos na sua área de abrangência. Neste critério encontramos quatro unidades com mais de 3000 crianças nesta faixa etária, sendo as unidades de saúde: João Cândido, Salvador Allende, Osternack e Palmeiras, e destas a que apresentou maior concentração de crianças foi a Unidade de Saúde João Cândido. Assim, a coleta de dados foi realizada no Distrito Sanitário do Bairro Novo na Unidade de Saúde João Cândido.

Unidades Municipais de Saúde por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2005

BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Reboças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorrião
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Cajuru
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirotuba
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido*
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatinha
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Abranches
- 51 - Cachoeira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tinguí
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riveira
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Gancho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial*



LEGENDA

- 24 Horas
- 24 Horas e Clínica Odontológica
- Básica
- Básica e Clínica Odontológica
- PSF
- PSF e Clínica Odontológica
- Especializada
- Especializada e Clínica Odontológica
- Centro Médico Comunitário
- Hospital Municipal
- Laboratório Municipal de Curitiba
- Divisa de Bairros
- Divisa das Regionais

* Pertencem a mais de uma Regional.
 Fonte: SMS- Cordenação de Vigilância Sanitária / IPPUC/Banco de Dados.
 Elaboração: IPPUC/Banco de Dados e Geoprocessamento.
 Escala: 1:150.000
 1 0 1 2 3 4 Km



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 250-1414 :: Fax (41) 254-8661 :: E-Mail ippuc@ippuc.org.br ::

3.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Compuseram os sujeitos da pesquisa dois conjuntos de atores sociais: o primeiro constituído de representantes de famílias que tinham filhos até 5 anos de idade, residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde PSF do Distrito Sanitário Bairro Novo, na cidade de Curitiba. O segundo foram os representantes das agências de socialização que atuavam com famílias na área de abrangência desta Unidade de Saúde.

Foram entrevistadas 49 famílias, selecionadas aleatoriamente, por sorteio, a partir dos dados fornecidos pelas agentes comunitárias de saúde, relacionando por endereço, as crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde. A lista estava organizada em 4 áreas de atuação do PSF e subdividida em 4 microáreas. As entrevistas transcorreram entre março e maio de 2006. As famílias foram selecionadas, mantendo uma proporcionalidade entre as áreas da equipe do PSF e o número de família com crianças menores de cinco anos, a partir da concentração da população infantil na área de abrangência da Unidade de Saúde, para contemplar minimamente o critério de representatividade.

A composição dos representantes das famílias que responderam às entrevistas foi 94% (46) de mães, 4% (2) de avós e 2% (1) de pais. Em relação à idade dos respondentes encontramos 32,65% com mais de 25 e até 30 anos e 28,57% entre 18 a 25 anos e 8,16% tinham mais que 40 anos. No item referente a escolaridade encontramos 44,90% dos respondentes com o grau de instrução entre 5ª e 8ª série e 24,49% tinham o ensino médio incompleto.

Após o sorteio das famílias foram realizadas visitas domiciliares às famílias pelo pesquisador, sendo este acompanhado de agentes comunitárias responsáveis pelas respectivas microáreas, este suporte facilitou ao pesquisador o acesso à casa das famílias. O primeiro momento foi centrado em explicar à família o objetivo, as etapas da coleta de dados e solicitar a concordância em participar ou não da pesquisa. A entrevista tinha como principal finalidade conhecer e caracterizar as condições materiais de vida das famílias, e fazer o convite para que elas participassem do grupo focal posteriormente.

Os Grupos focais ocorreram entre março e maio de 2006; participaram deles, 21 famílias que haviam respondido às entrevistas, sendo representados na sua maioria por mães, um pai e uma avó. A composição dos participantes em cada grupo focal foi determinada pela subdivisão das 4 áreas de abrangência da Unidade de Saúde, buscando configurar a diversidade do grupo.

Na segunda fase, os sujeitos da pesquisa foram representantes das “agências de socialização” responsáveis pela transmissão de cultura da sociedade, correspondente a qualquer espaço comunitário que permita o processo de socialização (Ávila 2002) das crianças e suas famílias, ou seja, creches, conselho tutelar, ONGs, instituições da sociedade civil e de movimentos comunitários identificados pelas famílias e pela UBS como agência de socialização.

As entrevistas foram realizadas de maio a junho de 2006, com 12 pessoas representantes de cinco agências de socialização, pertencentes à área de abrangência da Unidade básica de Saúde: Conselho tutelar, Unidade Básica de Saúde, Pastoral da Criança e duas unidades dos Centros Municipais de Educação Infantil - CEMEIS, sendo uma creche e uma pré-escola. Na Unidade Básica de Saúde foram quatro profissionais, um agente comunitário, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um médico, sorteados de acordo com a categoria profissional. No CEMEIS foram entrevistadas duas pedagogas, uma da creche e a outra da pré-escola. Foi entrevistado um representante da pastoral da criança e no Conselho tutelar realizamos uma entrevista coletiva com cinco conselheiras. A entrevista foi coletiva por solicitação delas. Os respondentes tinham entre 28 e 60 anos; 7 tinham entre 30 e 40 anos. Todos já trabalhavam no local há mais de 1 ano. No item escolaridade 6 respondentes tinham ensino superior e 5 ensino médio, 1 tinha ensino médio incompleto.

No intuito de atender às diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e as normas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, este projeto foi aprovado em Banca de Exame de Qualificação. Na seqüência o referido projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e aprovado sob o protocolo número 149/2005 (Anexo 1) com apreciação dos

aspectos éticos e liberação de campo de pesquisa em sua rede de serviços. Foi obtido também consentimento da Secretaria Municipal de Educação de Curitiba (Anexo 2) para a realização das entrevistas com os representantes dos CEMEIS.

A participação dos sujeitos ocorreu após o esclarecimento do objetivo da pesquisa e a forma de coleta de dados. Após estas informações, obtivemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) dos sujeitos que concordaram em participar, elaborado de acordo com a Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Garantindo os direitos das pessoas e das Instituições, mantendo o sigilo dos dados e liberdade aos participantes de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho.

3.6 COLETA DE DADOS

Para a captação da dimensão objetiva e subjetiva da realidade empírica, utilizamos duas técnicas para coleta dos dados primários, entrevista e grupo focal. A entrevista é um procedimento em que o pesquisador busca informações contidas nas falas dos sujeitos, pertinentes ao objeto de pesquisa. A entrevista pode ser individual ou coletiva e fornece dados objetivos e subjetivos. Caracterizada pela comunicação verbal reforçando a importância da linguagem do significado da fala como reveladora dos códigos e sistemas contraditórios e tem possibilidade de transmitir representações de grupos determinados em condições socioeconômica e cultural específica (Cruz Neto, 1994 e Minayo, 2004). A entrevista semi-estruturada é aquela que parte do marco teórico e dos pressupostos que interessam à pesquisa. Esta técnica valoriza a presença do pesquisador e possibilita espaço de liberdade e espontaneidade necessárias ao informante, o que enriquece a investigação (Triviños, 1995, Minayo, 2004).

O grupo focal é valioso, pois permite abordar questões de saúde na dimensão subjetiva, ensejando a compreensão das opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados. É uma estratégia de coleta de dados que comumente é utilizada para formular questões de pesquisa mais precisa, focalizar a pesquisa, complementar

informações específicas a um grupo em relação à crença, valores e percepções ou mesmo desenvolver hipóteses de pesquisas complementares. Basch cita alguns intuítos para a utilização do grupo focal como: avaliar consumo, conhecer a opinião sobre um novo produto, estimular novos conceitos, interpretar resultados. Destaca os campos da saúde e educação como exemplos de utilização da referida técnica, onde é preciso maior compreensão do comportamento ou valores de determinados grupos sociais (Chiesa, Ciampone, 1999).

A operacionalização desta técnica requer determinadas condições como ser realizada em reuniões de pequeno grupo entre seis e doze participantes, o tempo de duração do encontro deve manter-se entre uma hora e meia e duas horas. O ambiente dos encontros é muito importante, deve ser agradável e de descontração, para facilitar o debate e com pouco ruído externo; o trabalho no grupo requer um coordenador e no mínimo um observador (Chiesa, Ciampone, 1999).

O coordenador tem papel fundamental; deve facilitar a interação dos participantes, implica propiciar o pensar e a troca de experiências no grupo. Para tanto deve ter claro o objetivo do encontro e o que espera dos participantes. O coordenador intervém verbalmente, quando o grupo se encontra em situação de conflito em que não pode seguir sozinho. O observador ocupa-se em registrar os acontecimentos no decorrer dos encontros, considerando os aspectos verbais e não verbais. Um dos papéis importantes da equipe de coordenação é de tornar explícitos os conteúdos implícitos do grupo; é esclarecer a relação entre *significante* e *significado* (Chiesa, Ciampone, 1999).

A coleta de dados na dimensão objetiva foi realizada com dados secundários e primários. Para a caracterização dos distritos sanitários e das famílias, utilizamos o banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, dados do Censo 2000. Os dados foram agrupados de acordo com os setores censitários que compõem cada distrito sanitário. Ainda, na dimensão objetiva foi realizada a caracterização das famílias por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo 4), usando o Indicador de Inserção Social e Indicador de Qualidade do Domicílio.

Na dimensão subjetiva a coleta de dados foi realizada a partir do conjunto de dois grupos de atores sociais: as famílias e os representantes das agências de

socialização. Com as famílias a coleta de dados foi realizada mediante técnica de grupo focal, utilizando o guia temático (Anexo 5). A coleta de dados com os representantes das agências de socialização foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo 6), previamente agendada. Tanto a entrevista como o grupo focal tinha como finalidade apreender a percepção das famílias e dos representantes das agências de socialização sobre as potencialidades de saúde das crianças de 0 a 5 anos, os recursos familiares necessários e os existentes, os recursos comunitários necessários e os existentes para dar suporte à família para a promoção do desenvolvimento infantil.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados desta pesquisa foram analisados mediante o Método Hermenêutico-dialético proposto por Minayo, (2004). A hermenêutica apóia-se na reflexão histórica que concebe e interpreta o objeto no mesmo contexto. A abordagem heurística parte de um quadro conceitual para conhecer o conjunto de determinações e especificidades do fenômeno real concreto. A dialética compreende um jogo de contradições dinâmicas do fenômeno estudado e a atividade criadora do observador. Valoriza as contradições entre o todo e as partes e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (Chizzotti, 1995). A hermenêutica e a dialética levam à compreensão do texto como decorrência de um processo social e de conhecimento, produto de múltiplas determinações (Minayo, 2004).

Para a análise dos dados, utilizamos os procedimentos propostos por Minayo (2004): 1) *Ordenação dos Dados*. Consta do agrupamento das informações englobando entrevistas, material de observação, documentos referentes ao tema. 2) *Classificação dos dados*. É uma construção elaborada com base no referencial teórico. É nesta etapa que o pesquisador estabelece as categorias empíricas, buscando a relação dialética entre categorias analíticas e categorias empíricas. 3) *Análise Final*. Nas duas etapas anteriores é feita uma inflexão sobre o material empírico sustentada no marco teórico, num movimento dialético entre o particular e o geral, entre o

concreto e o abstrato e entre o empírico e o teórico. Nesta etapa ocorre a interpretação das informações recolhidas no campo, fazendo delas ao mesmo tempo uma revelação de sua especificidade e da participação nas concepções dominantes, ou seja, a expressão da visão social do mundo do segmento em relação à sociedade dominante.

Segundo Minayo (2004), categorias são expressões da unidade de relação entre o histórico e o lógico construído por meio do desenvolvimento do conhecimento e da prática social. Apresenta as *categorias analíticas* que fundamentam o conhecimento do objeto e trazem as relações sociais historicamente construídas. As *categorias empíricas* são construídas a partir de dados fornecidos pelo grupo social, e têm a propriedade de apreender as determinações que se expressam na realidade, capazes de captar as contradições do nível empírico. A aproximação do objeto se dá a partir da reflexão dos dados coletados e acumulados, voltando-se para os fundamentos teóricos e concepções iniciais, colocando em dúvida as idéias evidentes. Nesta perspectiva, a dialética permite compreender o fenômeno estudado no caráter contraditório a partir da polaridade entre as categorias analíticas e as categorias empíricas, entre análise e síntese.

Na dimensão objetiva a interpretação dos dados seguiu a metodologia utilizada por Chiesa, (1999). Os dados receberam tratamento estatístico, sendo calculada a média ponderada de cada distrito sanitário em cada variável selecionada que representa as condições no território. As variáveis foram as seguintes: condição de ocupação do domicílio, renda do chefe da família, escolaridade do chefe da família, acesso à água, destino do lixo, condições sanitárias e aglomeração por domicílio. Tais variáveis foram classificadas segundo seu potencial de estabilidade para promoção da saúde, atribuindo-se notas para as condições encontradas; a condição estável recebeu a nota maior e a mais instável recebeu a menor.

Na variável condição de ocupação do domicílio consideramos: outros, nota 1,0; alugados, nota 2,0; próprios, nota 3,0. Próprio, o domicílio já quitado ou em aquisição, alugado e outros, neste incluímos os cedidos por empregador, cedidos de outra forma e outras condições.

Agrupamos a condição de renda do chefe da família em: sem renda a menos que meio salário mínimo, nota 1,0; de meio salário mínimo até menos que um

salário mínimo, nota 2,0; de um a menos que dois salários mínimos, nota 3,0; de dois a menos que cinco salários mínimos, nota 4,0; de cinco a menos de dez salários mínimos, nota 5,0; e de 10 salários mínimos ou mais, nota 6,0.

Na classificação de anos de instrução do chefe da família, os dados foram organizados em: sem instrução, de 1 a 3 anos de instrução, nota 1,0; de 4 a 7 anos de instrução, nota 2,0; de 8 a 10 anos de instrução, nota 3,0; de 11 a 14 anos de instrução, nota 4,0; e de 15 ou mais anos de instrução, nota 5,0.

A variável de acesso à água foi agrupada em: outros, nota 1,0; canalização interna de outra fonte, nota 2,0; canalização interna da água proveniente da rede pública, nota 3,0. Na condição outros, inclui água de outras fontes sem canalização, com canalização externa, e outras formas de abastecimento.

A condição sanitária foi classificada como: ausência de sanitário, nota 1,0; uso de sanitário sem conexão a rede de esgoto, nota 2,0; e rede de esgoto quando tem sanitário conectado a rede geral, nota 3,0. O indicador destino do lixo proveniente do domicílio foi classificado como: sem coleta quando o lixo é queimado, jogado em vala, rios ou terrenos baldios, nota 1,0; coleta indireta quando o lixo é colocado em caçamba ou mesmo enterrado, nota 2,0; e por fim, coleta direta quando o lixo é coletado diretamente por serviço de empresa pública ou privada, nota 3,0.

No fator aglomeração, referente ao número de pessoas por domicílio, os dados foram agrupados em: acima de 10 pessoas, nota 1,0; de 7 a 9 pessoas, nota 2,0; de 4 a 6 pessoas, nota 3,0; e de 1 a 3 pessoas, nota 4,0.

Para caracterização das desigualdades nas condições de vida das famílias, segundo o território, espaço da vida, utilizamos a construção de indicadores compostos que constituem “medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético, para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas” (Akerman, 2000).

Para a interpretação dos dados, elaboramos dois indicadores compostos de: Indicador de Inserção Social IIS e Indicador de Qualidade de Domicílio IQD. Para a conformação do Indicador de Inserção Social empregamos o conjunto de variáveis (Anexo 7): condição de ocupação do domicílio, renda e escolaridade do

chefe. Na conformação do Indicador de Qualidade do Domicílio, utilizamos as variáveis (Anexo 8): acesso à água, condições sanitárias, destino do lixo e aglomeração de pessoas por domicílio. Esses indicadores apresentam as variáveis que expressam os recursos materiais e educacionais da família, que são atributos com os quais é possível apreender as chances de vida e vulnerabilidade das crianças.

Para a construção dos indicadores as diferentes condições apresentadas numa variável receberam pesos diferenciados: o menor peso foi dado à pior condição, gerando uma valoração quantitativa por variável, como apresentado no exemplo a seguir.

Renda do chefe da família

$$\frac{s/ren \text{ a } <0,5 \text{ X}1 \quad 0,5 < 1,0 \text{ X} 2 \quad 1,0 < 2,0 \text{ X}3 \quad 2,0 \text{ a } < 5,0 \text{ X}4 \quad 5,0 \text{ a } < 10 \text{ X} 5 \quad \geq 10 \text{ X} 6}{100}$$

A partir dos resultados das variáveis selecionadas para a construção dos indicadores compostos de IIS e IQD foram obtidos segundo os exemplos a seguir.

Indicador de Inserção Social

$$\frac{\text{Renda chefe da família} + 2\text{X escolaridade chefe da família} + \text{condição de ocupação}}{4}$$

Indicador de Qualidade do Domicílio

$$\frac{\text{Água} + \text{cond sanitário} + \text{lixo} + \text{aglomeração}}{4}$$

Os cálculos foram efetuados utilizando-se o programa Excel. No próximo capítulo apresentaremos os resultados encontrados na construção dos indicadores compostos.

4 RESULTADOS

4.1 DIMENSÃO OBJETIVA

4.1.1 Caracterização das desigualdades sociais dos distritos sanitários

Compreender as desigualdades sociais possibilita o reconhecimento das necessidades de saúde, bem como as formas de organização da sociedade para satisfazê-las. Portanto construímos o IIS e o IQD, para caracterização da inserção social da população por Distrito Sanitário no Município de Curitiba, que serviu de subsídio à escolha do local de coleta de dados. Por estarmos trabalhando com o referencial da promoção da saúde, sobretudo no eixo da reorientação dos serviços de saúde e com o conceito de *empowerment*, é imprescindível recuperar as relações de poder, entendendo que as trocas desiguais são resultado de distribuição desigual de trocas iguais, materiais ou não materiais. E essas abrangem condições que determinam a ação e a vida, trajetória e projetos individuais e coletivos, bem como bens e serviços, promovendo processos inibitórios ou permissores, emancipatórios ou reguladores (Santos, 2002).

A distribuição da população geral e na faixa etária de 0 a 5 anos, por distrito sanitário contribuem nas definições das políticas públicas para atender às famílias, e em especial as direcionadas à atenção da criança. Em relação à concentração da população, o Distrito Sanitário Boa Vista possui a maior concentração da população geral do município, 14,22%, seguido pelo Distrito do Portão com 13,72%. Os distritos com as menores concentrações populacionais foram Bairro Novo com 8,20% , e o Pinheirinho com 7,54%.

Tabela 1 - Distribuição da população geral e na faixa etária de 0 a 5 anos por Distrito Sanitário. Curitiba - 2007.

Distritos Sanitários	População Geral*		0 a 5 anos**	
	Valor Absoluto	%	%	Valor Absoluto
Bairro Novo	130.185	8,20	10,60	13.920
Boa Vista	225.696	14,22	9,20	20.660
Boqueirão	192.858	12,15	10,50	20.238
Cajuru	194.113	12,23	10,48	20.362
CIC	151.852	9,57	12,27	18.634
Matriz	204.516	12,88	5,40	10.965
Pinheirinho	119.635	7,54	12,66	15.149
Portão	217.703	13,72	8,90	19.507
Santa Felicidade	150.757	9,50	8,80	13.299
Curitiba	1.587.315	100,00	9,60	152.734

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Nota:*Distribuição percentual da população por distrito sanitário em relação à população do município.

** Distribuição percentual de crianças até 5 anos de idade por distrito sanitário em relação a população do distrito.

A distribuição da população na faixa etária de 0 a 5 anos apresenta características bem diferenciadas entre os distritos, conforme apresentado na tabela 1. O Distrito Sanitário da Matriz apresenta apenas (5,4%), 10.965 crianças, numa população total de 204.703 habitantes. Essas diferenças tornam-se exacerbadas, quando observamos os distritos do Pinheirinho e do CIC com 12,66% e 12,27% da população na faixa etária até cinco anos. A diferença na distribuição da concentração de criança no município deve contribuir na elaboração das políticas públicas de atenção à família para a promoção do desenvolvimento infantil, em especial na implementação da educação infantil e serviços de promoção à saúde para essa faixa etária.

4.1.1.1 Indicador de Inserção Social

Apresentaremos a seguir o Indicador de Inserção Social em que a variável ocupação do domicílio e o acesso à propriedade da casa permitem maior estabilidade e autonomia das famílias. As discrepâncias encontradas estão na condição de alugado, em que os Distritos Sanitários da Matriz, Portão e Boqueirão apresentaram os maiores índices. Já na condição de outros, o Bairro Novo apresenta-se com o índice 10,5%, diferenciando –se do restante na falta de controle sobre a residência. A falta de condição estável na moradia se reflete na fixação das famílias no território e na sua autonomia para a manutenção da casa, refletindo-se na qualidade de vida das famílias (Chiesa, 1999).

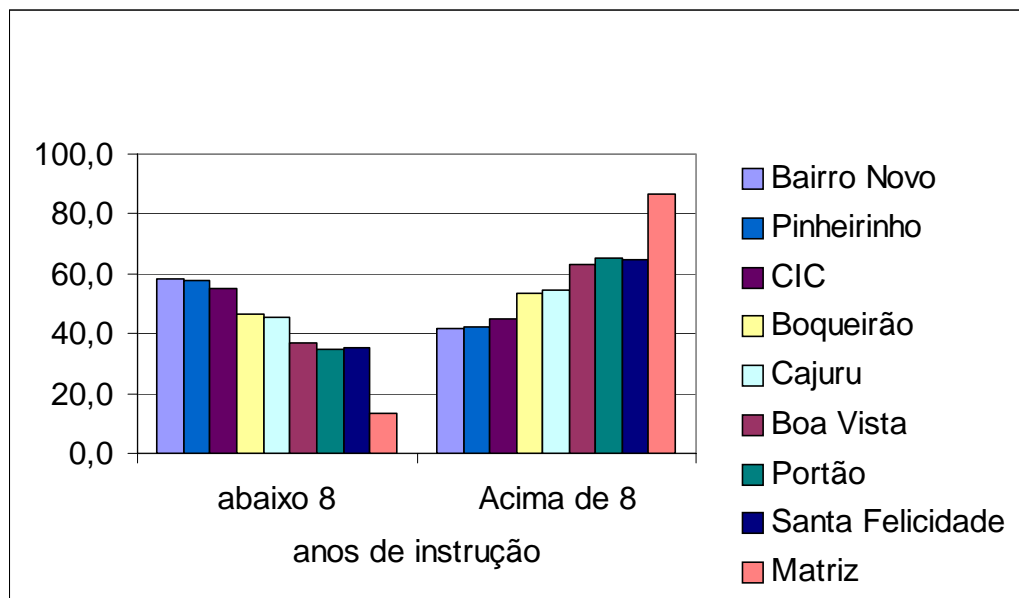
A diferença na distribuição da renda do chefe da família por distrito sanitário torna-se mais explícita na faixa de renda de 10 salários mínimos ou mais, em que o distrito sanitário Bairro Novo conta com apenas 3,65% em contraposição ao da Matriz com 53,53%. Agrupando a renda do chefe da família de zero até menos que cinco salários mínimos observamos que os distritos sanitários do Bairro Novo e CIC compõem esse índice com cerca de mais de 40% dos chefes de famílias nesta faixa salarial. Verifica-se ainda que o Distrito Sanitário do Bairro Novo apresenta 43,45% em termos de renda entre 2,0 a <5,0 salários, seguido do CIC com 40,85%. Nesta mesma faixa de renda do chefe da família, os melhores índices são dos distritos da Matriz com 14,04% e o Portão com 25,75%. A renda é um fator relevante na autonomia das famílias para a reprodução social e o acesso aos bens e serviços, as famílias compostas por crianças na faixa etária de 0 a 5 anos têm um aumento na reprodução social. A renda familiar é um dos fatores que mais se relaciona com a escolaridade das crianças e com elementos que determinam o seu bem-estar; deste modo identifica as iniquidades entre crianças com famílias de baixa renda (Unicef, 2006, 2001).

Em relação aos anos de instrução do chefe da família, o Bairro Novo apresenta 16,45% dos chefes de família entre 4 e 7 anos de estudos, seguidos do Pinheirinho com 15,57% e o CIC com 14,05%. Já com 15 anos ou mais encontramos os distritos da Matriz com 46,17% e Santa Felicidade com 23,87%; mesmo entre os

maiores índices, a diferença ainda é muito grande. Segundo a Unicef a educação dos pais têm intensa interferência na oportunidade nas condições de vida dos filhos. A baixa escolaridade do responsável da família tem grande impacto no nível salarial e de renda da família e a baixa escolaridade dos pais se reflete diretamente na escolarização dos filhos e na cultura da família. Deste modo, interfere no poder da família e da comunidade de participar ativamente dos processos de desenvolvimento local dos quais são atores e favorecidos (Unicef, 2001).

O gráfico 1 apresenta os anos de instrução do chefe da família por distrito sanitário, dividido em abaixo de 8 anos e acima de 8 anos de estudo. Estes dados explicitam as desigualdades existentes entre os distritos sanitários. Os menores índices em anos de instrução do chefe da família encontram-se nos Distritos Pinheirinho, Bairro Novo e CIC, já os maiores índices estão nos distritos da Matriz, Boa Vista, Santa Felicidade e Portão. O grau de instrução tem correlação com a renda e com as potencialidades da família para promover o desenvolvimento infantil.

Gráfico 1 - Anos de instrução do chefe da família por distrito sanitário Curitiba -2007



A partir da combinação das variáveis apresentadas anteriormente, construímos o indicador composto de inserção social que reflete o maior ou menor potencial aquisitivo das famílias, influenciando no potencial de saúde e de vulnerabilidade das crianças; portanto as condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis da família refletem-se na oportunidade de as crianças terem um desenvolvimento completo de suas habilidades e conseqüentemente diminuir sua autonomia na participação dos processos decisórios (UNICEF, 2001).

A distribuição do Indicador de Inserção Social por distrito sanitário apresenta uma média do município de 3,66. Os Distritos Sanitários: Boa Vista, Santa Felicidade, Portão e Matriz ficaram acima dessa média; o último exprime a maior média com 4,49. Já os Distritos Sanitários Cajuru, Boqueirão, CIC, Pinheirinho e Bairro Novo ficaram abaixo da média do município; o Bairro Novo mostra o índice mais baixo 3,23.

A organização dos dados na forma de indicadores compostos facilita a leitura da distribuição das desigualdades sociais entre os territórios, tornando-se uma ferramenta para instrumentalizar projetos de intervenção no âmbito da promoção da saúde.

Os dados do IIS refletem as diferenças de poder existentes entre o centro e a periferia: segundo Santos, (2002, p.284) “as trocas desiguais dão origem a formas diferentes de poder”, nas quais essas relações são mais visíveis, quando deslocadas das famílias do centro para as da periferia.

Tabela 2 - Indicador de Inserção Social por Distrito Sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	ECF	COD	RCF	IIS
Bairro Novo	3,30	2,68	3,62	3,23
Pinheirinho	3,40	2,66	3,72	3,30
CIC	3,50	2,69	3,67	3,34
Boqueirão	3,70	2,62	4,05	3,52
Cajuru	3,80	2,67	3,96	3,56
Média do Município	3,92	2,67	4,14	3,66
Boa Vista	4,10	2,71	4,25	3,79
Santa Felicidade	4,20	2,68	4,44	3,88
Portão	4,20	2,69	4,45	3,89
Matriz	5,10	2,65	5,11	4,49

Fonte: Baseado nos dados do IBGE - Censo Demográfico 2000.

Nota: ECF: Escolaridade do chefe da família; COD Condição de ocupação do domicílio; RCF Renda do chefe da família; IIS Indicador de Inserção Social.

4.1.1.2 Indicador de Qualidade do Domicílio

Na construção do Indicador de qualidade do Domicílio as variáveis utilizadas na sua conformação foram estas: acesso a água, condição sanitária, destino do lixo e aglomeração. As condições sanitárias básicas da moradia, o tamanho do domicílio e a estrutura familiar são fatores que também interferem no bem-estar da infância (UNICEF, 2006).

Na variável, condição sanitária com acesso à rede de esgoto, deparamo-nos com percentual entre 56% e 58% nos distritos Bairro Novo, Pinheirinho e Santa Felicidade; na condição sem rede de esgoto, o Bairro Novo apresentou 43%, o Pinheirinho 42% e Santa Felicidade 41%. Na condição precária, sem sanitário, destacam-se os distritos do Pinheirinho com 1,07 e o Cajuru com 0,93%.

Os piores índices referentes ao destino do lixo encontram-se no Distrito Pinheirinho com o maior índice na condição sem coleta do lixo com 1,16%. Na coleta indireta os Distritos do CIC e Cajuru apresentaram com 6,7% e 4,54%, respectivamente; já na coleta direta o primeiro encontra-se com 92,44%, o Cajuru com 94,53%. O destino adequado do lixo diminui os riscos de adoecimento da população geral e em especial das crianças, bem como contribui na qualidade de moradia e conforto das famílias, proporcionando melhores condições para o desenvolvimento infantil.

Na variável aglomeração por domicílio, os dados expressam que seis distritos sanitários contam com mais de 50% dos domicílios com até três pessoas, destes o maior índice encontrado foi no Distrito da Matriz com 70,38% dos domicílios com até três pessoas. Já os distritos CIC, Bairro Novo e Pinheirinho têm em torno de 4% dos domicílios com mais de 7 pessoas. A aglomeração por domicílio pode interferir de diferentes formas na condição de vida da família, nas diferentes dimensões de bem-estar. Na dimensão física traz impacto negativo, devido a problemas respiratórios, no aumento do consumo da renda da família; porém também pode ter influência tanto positiva como negativa, nas dimensões social e emocional. Nos arranjos familiares pode potencializar a renda ou mesmo numa maior distribuição

do cuidado da casa e das crianças ou aumentar o desgaste das relações sociais ou mesmo diminuir as chances das famílias no alcance do projeto de vida.

O acesso à água canalizada e distribuída pela rede pública encontra-se entre 92% e 98%, com pequenas diferenças internas, mais correlacionadas com período de criação do bairro, pois os distritos mais novos refletem uma construção mais organizada, com projetos de urbanização no intuito de responder às necessidades de moradia do município. As discrepâncias neste item estão na variável canalização externa, com o Pinheirinho com 5% e Bairro Novo com 2,86%.

O Indicador de Qualidade de Domicílio é um indicador composto que explicita o acesso das famílias à água, rede de esgoto e sanitários e a formas do destino do lixo. Estas variáveis aglutinadas num indicador sintético visa retratar as condições de conforto da moradia das famílias, fator que interfere na promoção do desenvolvimento infantil.

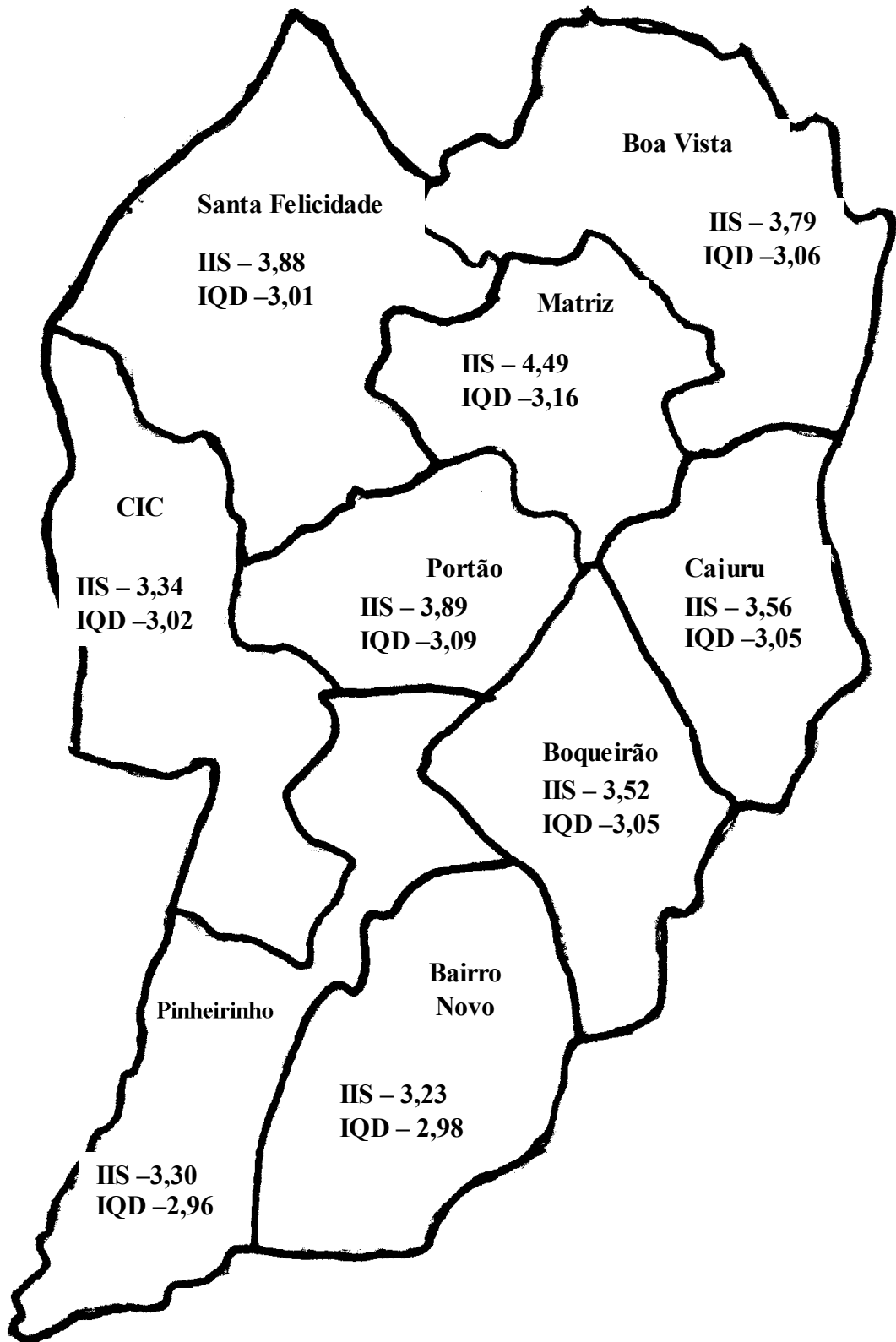
Tabela 3 - Indicador de Qualidade do Domicílio por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Água	Sanitário	Lixo	Aglomeracão	IQD
Pinheirinho	2,88	2,55	2,94	3,47	2,96
Bairro Novo	2,93	2,56	2,97	3,44	2,98
Santa Felicidade	2,94	2,59	2,98	3,53	3,01
CIC	2,97	2,75	2,91	3,45	3,02
Média do Município	2,95	2,74	2,97	3,52	3,05
Boqueirão	2,94	2,77	2,98	3,49	3,05
Cajuru	2,96	2,81	2,94	3,47	3,05
Boa Vista	2,95	2,77	2,99	3,51	3,06
Portão	2,98	2,85	2,99	3,54	3,09
Matriz	2,95	2,99	3,00	3,69	3,16

Fonte: Baseado nos dados do IBGE-Censo Demográfico 2000.

Nota: IQD: Indicador de Qualidade do Domicílio

Indicador de Inserção Social, IIS e Indicador de Qualidade de Domicílio, IQD por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2007



4.1.2 Caracterização da inserção social das famílias

Reconhecer as formas de inserção das famílias na produção e reprodução social contribui para a apreensão das necessidades de saúde, bem como explicita as desigualdades socialmente construídas nas condições de vida das famílias. Assim, realizamos a caracterização das famílias, utilizando a divisão territorial da Unidade de Saúde, que é subdividida em 4 áreas, em que o trabalho da equipe do PSF está organizado.

Os dados de caracterização da inserção social das famílias, por área de abrangência da Unidade de Saúde, buscam retratar as diferenças na produção e consumo existentes no espaço doméstico, que repercutem no potencial das famílias para ampliar as chances do desenvolvimento infantil saudável, e no seu papel enquanto lócus de produção da identidade social, especialmente para a criança.

Na variável chefe da família, 71,4% dos entrevistados mencionam o pai como chefe da família e 18,38% os avós; a participação das mães foi de 8,1% . Observa-se grande participação dos avós como chefes da família: a maior composição ocorreu nas áreas 1 e 2, conforme mostra a tabela abaixo. A conformação do arranjo familiar no convívio intergeracional, além de compor o tecido de transmissão, reprodução e transformação do mundo social (Vitale, 2003), também participa na criação das crianças desde a composição da renda como chefe da família até o próprio cuidado cotidiano, compondo esta rede de sociabilidade na coletivização da responsabilidade pelas crianças (Sarti, 2005). Ela revela uma vivência intergeracional importante que tanto pode aumentar as chances de diminuir o isolamento do idoso, quanto aumentar o desgaste na sua saúde.

Tabela 4 - Chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007

Chefe da família	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4		total	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Pai	6	54,50	9	75	8	61,50	12	92,00	35	71,40
Mãe	2	18,18	-	-	1	7,70	1	8,00	4	8,10
Avós	3	27,28	3	25	3	23,08	-	-	9	18,38
Tia	-	-	-	-	1	7,70	-	-	1	2,04
Total	11	100,00	12	100	13	100,00	13	100,00	49	100,00

Na composição do chefe da família por gênero, encontramos 20,4% do gênero feminino. As áreas com maior concentração da chefia da família por mulheres foi na área 1 com 36,36%, e na área 3 uma concentração de 30,76%. Sarti, (2005) alude a relação entre pobreza e chefia feminina, o que torna a família mais vulnerável. A escolaridade do chefe da família apresentou-se de forma variada entre as áreas; a melhor condição é da área 2, com 50% dos chefes de família com ensino médio e 16,67%, com ensino superior. O índice de escolaridade mais baixo foi encontrado na área 3, com 53,85% da 5 a 8 série: 84% têm no máximo até o ensino médio incompleto. A escolaridade do chefe da família tem impacto relevante na renda, na ambiência cultural e na oportunidade de escolarização dos filhos, podendo ser fator de perpetuação da exclusão das gerações futuras, se não houver projetos de intervenção que possam garantir às crianças de famílias de baixo poder aquisitivo o direito à educação (UNICEF, 2006; Kappel*).

Tabela 5 - Escolaridade do chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007

Escolaridade do chefe	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1ª a 4ª série	4	36,40	2	16,66	2	15,40	2	15,4
5ª a 8ª série	3	27,20	2	16,66	7	53,80	3	23
Ensino médio incompleto	-	-	-	-	2	15,40	1	7,7
Ensino médio	4	36,40	6	50,02	2	15,40	5	38,5
Superior incompleto	-	-	-	0,00	-	0,00	2	15,4
Superior	-	-	2	16,66	-	0,00	-	-
Total	11	100,00	12	100,00	13	100,00	13	100,00

* Kappel, MDB, Carvalho JCB. As crianças de 0 a 6 anos no contexto sociodemográfico nacional [Apresentado no Pré-Congresso Internacional de Educação Infantil - Asbrei; 2003 set.; Rio de Janeiro]

A ocupação do chefe da família expressa a inserção da família no processo de produção e reprodução social, que está diretamente correlacionado com as oportunidades ou restrições para a promoção do desenvolvimento infantil. O critério de classificação dessa variável foi baseado na categorização utilizada pela Fundação SEADE na posição do ocupado segundo relações de trabalho, nas duas situações seguintes: autônomos e serviços domésticos. Estes foram agrupados na classificação de grupos de ocupação no trabalho principal, relacionando a função exercida pelo ocupado e não necessariamente a sua formação. Nesta, utilizamos apenas as categorias encontradas nos dados empíricos que foram: não operacional – apoio, não qualificado na execução e semi-qualificado na execução (SEADE,2007). Acrescentamos ainda aposentado/pensionista, construção civil e desempregado. Observamos nos dados que a ocupação está concentrada em prestadores de serviços não especializados: 34,69% classificados como semiquualificado na execução e que 6,1% são aposentados/pensionistas.

Tabela 6 - Ocupação do chefe da família por área de abrangência da UBS Curitiba – 2007

Ocupação	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Total	%
Autônomos	1	1	-	2	4	8,10
Aposentados pensionistas	1	-	1	1	3	6,10
Desempregados	1	-	1	2	4	8,10
Serviços domésticos	1	-	-	1	2	4,00
Construção civil	2	-	2	-	4	8,10
Não operacional - Apoio	1	1	2	1	5	10,20
Não qualificado na execução	1	4	3	3	11	22,44
Semiquualificado na execução	4	5	4	4	17	34,69

Os dados da renda familiar referida mostram que, na região 3, 50% das famílias têm renda abaixo de 2 salários mínimos. Nas áreas 2 e 4 existem grandes diferenças internas: na área 4, encontram-se 15,38% das famílias sem renda e 15% das famílias com renda acima de 5 salários mínimos. Já na área 2, a proporção de famílias com renda acima de 5 salários mínimos foi de 25% e as famílias com renda de 1 a <2 SM foi de 33,33% , conforme tabela abaixo.

Tabela 7 - Renda familiar por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007

Renda familiar	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
SR	-	-	-	-	-	-	2	15,38
1 a <2 SM	2	18,18	4	33,33	6	50,00	4	30,77
2 a <5SM	6	54,55	5	41,67	5	41,67	6	46,15
>5 SM	1	9,09	1	8,33	-	-	-	7,69
5 a 10 SM	-	0,00	2	16,67	1	8,33	1	7,69
>10SM	-	-	-	-	-	-	-	-

A maior variação da renda familiar *per capita* encontra-se na área 2, na qual existem 8,33% de famílias com mais de 2 salários mínimos por pessoa e 50% das famílias com 0,25 a < 0,5 salário mínimo de renda familiar *per capita*. A renda familiar *per capita* na área 1 concentra-se na faixa de 0,5 a <1,0 salário mínimo, representando 54,55% das famílias.

Tabela 8 - Renda familiar *per capita* das famílias por área de abrangência da UBS Curitiba -2007

Renda <i>per capita</i>	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0,25 SM	2	18,18	1	08,33	2	16,67	3	25,00
0,25 a <0,5 SM	2	18,18	6	50,00	6	50,00	3	25,00
0,5 a <1,0	6	54,55	2	16,67	4	33,33	6	50,00
1,0 SM	1	9,09	-	-	-	-	-	-
>1,5 SM a 2,0 SM	-	-	2	16,67	-	-	-	-
>2,0 SM	-	-	1	8,33	-	-	-	-

Na estrutura familiar encontramos uma média de 5 pessoas por família: a área 2, apresentou uma proporção de 5,25 e a área 4 com apenas 4,3. Já os serviços de saúde do município trabalham com uma média de 3,48 pessoas por família. Ao observamos o quantitativo de pessoas por família, é relevante também considerarmos a estrutura do domicílio no que tange ao número de dormitório: 6,1% possuíam 4 dormitórios; 73,46% tinham de 2 a 3 dormitórios; porém 20,40% possuíam apenas 1 dormitório.

Nos dados referentes à mãe, encontramos 49% casadas, 39% em união, 15% solteiras e 6% separadas. Em relação à condição de trabalho 37% trabalhavam

fora de casa e dessas apenas 50 % tinham vínculo empregatício. Ao perguntarmos às mães que já trabalharam quais os motivos de deixarem o serviço, a grande maioria, 16 (32,6%) das entrevistadas referiram como justificativa o fator gravidez e a necessidade de cuidar dos filhos. Em relação à questão sobre o envolvimento das mães em atividades comunitárias apenas 7 (14%) relataram atividades comunitária e todas relacionadas com grupos religiosos. Outro fator relevante no cuidado com as crianças é a escolaridade materna que, segundo a UNICEF, é possível dimensionar a vulnerabilidade da criança pelos recursos educacionais da família (UNICEF, 2001, 2006). Observamos nos dados que na área 1, as mães com escolaridade até a 4ª série é de 27,27%; as mães que têm até a 4ª série são 54,54%. Já na área 3, 38,46% das mães têm o ensino médio e 7,69% o ensino superior incompleto como apresentado na tabela abaixo.

Tabela 9 - Escolaridade materna por área de abrangência da UBS Curitiba - 2007

Escolaridade materna	Área 1		Area 2		Area 3		Area 4		Total	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1ª a 4ª série	3	27,30	1	8,30	1	7,70	1	7,70	6	12,24
5ª a 8ª série	6	54,50	5	41,70	3	23,00	5	38,45	19	38,8
Ensino médio incompleto	-	0,00	3	25,00	6	46,20	1	7,70	10	20,40
Ensino médio	2	18,20	3	25,00	2	15,40	5	38,45	12	24,48
Superior incompleto	-	-	-	-	-	-	1	7,70	1	2,04
Superior	-	-	-	-	1	7,70	-	-	1	2,04
Pós-graduação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	11	100,00	12	100,00	13	100,00	13	100,00	49	100,00

Em relação à organização das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil, buscamos conhecer os arranjos familiares para atender às necessidades das crianças. Os dados demonstram que a responsabilidade do cuidado da criança é principalmente da mãe, com importante participação da avó. Contribuem também o pai, o vizinho, irmãos e o avô. Apenas uma família relata a participação de babá. A creche e a pré-escola são referidas como instituições que dão suporte neste cuidado, porém relatam dificuldades de acesso principalmente à creche. Na questão do cuidado de saúde dos filhos, quase todos os entrevistados relatam que fazem acompanhamento de saúde dos seus filhos, justificando mais por questões normativas

do que uma necessidade percebida pelas famílias. Os motivos apresentados foram: por doença, para pesar, porque têm obrigação, para acompanhar o estado de saúde. Em relação ao tipo de serviço que procuram, quando têm problemas de saúde, a grande maioria busca a unidade de pronto atendimento, o restante procura a unidade de atenção básica de Saúde e os serviços privados. Das famílias entrevistadas 13 referem terem convênio de saúde, porém 3 dessas têm convênio apenas para um dos filhos, aquele que tem algum problema de saúde crônico.

Nos dados referentes à qualidade do domicílio, observamos a variável condição do domicílio na tabela abaixo que a situação do domicílio como cedido aparece em todas as áreas, porém, mais intensa na área 2, com 33,33%. A área 1 apresentou maior estabilidade, com 81,82% das famílias na condição de proprietário. A condição de proprietário do domicílio diminui a dependência da família e proporciona maior estabilidade desta no território, permitindo até ampliar este espaço para atender às necessidades que surgem com o aumento da família ou mesmo adaptações para promover o desenvolvimento infantil. A família que reside no domicílio na condição de cedido tem menor controle sobre sua permanência no território ou mesmo para realizar mudanças nas condições de moradia.

Tabela 10 - Condição de ocupação do domicílio por área de abrangência da UBS-2007

Condição do domicílio	Área 1		Área 2		Área 3		Área 4	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
próprio	9	81,82	6	50,00	7	53,85	10	76,92
alugado	-	-	2	16,67	4	30,77	1	7,69
cedido	2	18,18	4	33,33	2	15,38	2	15,38

Nas variáveis acesso à água, destino do lixo e condições sanitárias, que refletem a qualidade de domicílio, existe uniformidade no acesso referido, excetuando uma família da área 3, que menciona sanitário coletivo, o restante dos entrevistados aludem a acesso aos serviços públicos de água encanada da rede pública, coleta direta do lixo e sanitários conectados à rede geral de esgoto. Tal fato reflete políticas públicas que incorporam o planejamento dos processos de urbanização dos bairros de maneira equânime

4.2 DIMENSÃO SUBJETIVA

4.2.1 Necessidades de saúde: percepção dos representantes das famílias

Apresentaremos a seguir as categorias empíricas evidenciadas a partir das falas das famílias, nos grupos focais, em que buscamos apreender as representações dos sujeitos sobre as necessidades de saúde das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. Para tanto as discussões permeiam os potenciais de saúde das crianças, facilidades e dificuldades das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil e os recursos comunitários disponíveis e os necessários para subsidiar a família no cuidado dos filhos.

Percepção de Saúde

A compreensão do conceito de criança saudável para as famílias passa pela interpretação da realidade vivida por essas, no cuidado com seus filhos, trazendo nas falas as diferentes dimensões de bem-estar. Observamos que, na dimensão física, a energia vital é representada com maior enfoque, considerando criança saudável a que tem ausência de doença, e os que não necessitam de cuidados médicos e que não dão trabalho para as mães. Também referem serem saudáveis aquelas crianças que têm muita energia e realizam atividades físicas como correr, pular, brincar. Referem o alimentar-se bem como uma das características da criança saudável, bem como o peso e o tamanho da criança. A saúde na dimensão social vem articulada à importância das relações sociais, como convívio, conversa e o brincar. Já na dimensão afetiva consideram a felicidade como um dos componentes para uma criança ser saudável.

“Ele nunca me incomodou com nada. ele nunca me incomodou. Não passei noites acordadas.”

“Uma criança que nunca me deu um trabalho nunca me preocupe com ele com nada.”

“saudável para mim quer dizer aquele que não tem uma doença.”

“Que não vive doente, não vive em médico.”

“Uma criança com bastante saúde, sadia, corre de um lado, corre do outro faz bastante bagunça. Corre brinca, brinca bastante, pula [...] Têm atividade que é uma criança esperta, que é uma criança que se movimenta[...]”

“Porque come bem e dorme bem [...] Anda bem [...] Se alimentam bem [...] ”

“[...]pelo rostinho assim ta bem assim só que eu me preocupo um pouco de peso e de tamanho[...]”

“Ele é um menino inteligente [...] só que não dá trabalho de ficar o tempo todo em cima de você.”

“Feliz.”

“A convivência também. É preciso ter uma boa convivência para ser saudável [...] A criança saudável quer ter amizade [...] conversa [...] .Brinca. ”

Para as famílias o desgaste da saúde é percebido na dimensão física pela falta de energia vital, quando a criança fica muito quieta. Outro fator pelo qual a família identifica as condições de não saúde é a forma de interagir da criança, como irritabilidade, briga e na dimensão afetiva a tristeza é considerada como forma de desgaste da saúde.

“Uma criança que não é saudável fica quietinha, fica na cama, não quer saber de nada [...] Uma criança doente no cantinho é tão triste.”

“Agora o de 5 anos chama a mãe umas quinhentas vezes no dia. É muito irritado, você não pode falar com ele que ele já fala que você está gritando. [...] O outro o tempo todo querendo minha atenção. Briga, briga, briga o tempo todo.”

“Se ele fosse triste(doença) ”

O grupo traz de maneira uniforme a morbidade referida como os problemas respiratórios e alérgicos, correlacionam estes problemas com a falta de infra-estrutura do bairro, como a poeira das ruas sem revestimento asfáltico e da falta de saneamento básico com valetas a céu aberto, como uma das condições que contribui para os agravos respiratórios nesta área; percebe ainda que existe desigualdade interna nesta distribuição de recursos dentro do próprio território, porém apresenta resposta na dimensão biológica, não alcançando a amplitude do problema.

“[...]respiratório, respiratório e respiratório. [...] Tosse falta de ar Alergia, renite, sinusite [...] A questão aqui no bairro é que é muita poeira. Aqui em cima está bem organizado, mas lá para baixo, assim tá bem tudo sem antipó.”

“o problema maior é por causa do esgoto da valeta então; quando chove é aquele cheiro de esterco dentro da minha casa.”

As famílias relatam que fazem o reconhecimento do desenvolvimento infantil saudável pela observação das atividades da vida cotidiana das crianças, como alimentação, crescimento e desenvolvimento, atividades físicas e pela dimensão social como apresentada nas falas a seguir.

“[...] ter avaliação do desenvolvimento físico[...] e saúde mental é tudo”

“Alimenta-se bem, [...] pelo peso e crescimento”

“Quando a criança corre bem”

“Eu acho que pelas amizades.. [...]. a conversa deles. [...].Se reconhece as pessoas. Quando eles vão bem na escola”

Necessidades das crianças para um desenvolvimento saudável

As famílias consideram os cuidados de higiene como banho e a alimentação fatores importantes para a promoção do desenvolvimento infantil saudável, indo além da dimensão física, incorporando neste conceito a afetiva e a socialização, como se apresenta nas falas abaixo.

“ Criança não é bem assim, criança tem que dar atenção dar banho dar beijo, parar para brincar com eles [...] Você tirar um tempo para brincar com ele carinho, inteligência.’

‘Conversar bastante [...] diálogo”

“Os pais estarem dando atenção aos filhos [...]”

“se alimentar bem”

“O lazer também”

A harmonia familiar é vista como resposta para a promoção do desenvolvimento infantil, reificando a família como única responsável, como se a família fosse um refúgio isolado da sociedade.

A convicção de que a família é uma defesa inexpugnável da intimidade e da segurança, num mundo atomizado e caótico, baseia-se na idéia absurda de que a família pode ser isolada da comunidade, e de que suas relações internas não reproduzem, em seus próprios termos, as relações que predominam na sociedade (Canevacci, 1981, p.265).

A família se percebe como a única responsável pela proteção dos seus membros, mesmo para questões da dimensão macroestrutural, como a violência na sociedade. Uma visão simplista em que apresenta como resposta ações da dimensão emocional e dimensão social. Na sua fala faz uma negação da família como parte da sociedade e busca um isolamento como respostas.

“Este é o principal é a estrutura [...] .A convivência dentro de casa. [...].. relação familiar. [...] A harmonia entre os pais [...] A casa da gente. A harmonia da casa é tão importante [...] Diminuir a briga em casa das crianças. E dos pais também[...].”

Necessidades da família para promoção do desenvolvimento infantil

A família ampliada morando junto ou próxima compõe a rede de apoio familiar no cuidado das crianças, em especial os avós têm participação relevante na promoção do desenvolvimento infantil tanto no cuidado direto com as crianças, como na participação financeira, como apresentado nos dados da dimensão objetiva, que 18% das famílias são chefiadas pelos avós. Outro fator referido na participação familiar é a confiança que a mãe tem, em especial na avó materna. Atualmente a criança se torna responsabilidade de toda a família numa rede de sociabilidade na qual todos participam. Normalmente existe maior confiança em outras mulheres, especialmente a rede consangüínea da mãe; contudo pode contar com não parentes. Contribuem também no cuidado as crianças os pais, os irmãos, entre outros parentes, tais como tia e madrinha. Observa-se nas falas que para responder às necessidades de saúde da família é preciso contar com a rede de suporte. A família constitui como uma rede, como lugar de apego, de segurança e como rede de proteção (Sarti, 2005, 2004).

“A presença da avó é importante”

“E ai avó dele também eles adoram. [...] Que eu moro junto [...] Ela (avó materna) ajuda até mais que meu marido, porque meu marido não pode.”

“A minha mãe também, porque eu moro junto, minha mãe me ajuda bastante a cuidar deles a educar eles. [...] Minha mãe é diarista se eu tenho uma consulta ela fica com as crianças e o meu marido não pode”

“É uma pessoa de total confiança Eu confio mais na minha mãe para cuidar”

“No meu caso o meu marido também me ajuda bastante apesar de que ele trabalha muito [...] O mais velho ajuda bastante a cuidar da (pequena) [...] Ela tem a madrinha como se fosse mãe inclusive chama a madrinha de mãe [...] No meu é sogra e a cunhada[...].”

Em relação ao suporte da comunidade, o recurso utilizado pelas famílias foi o suporte das políticas públicas expressa com a participação da escola, que atende a crianças acima de 6 anos; porém é significativa a ausência da creche e da pré-escola na fala das famílias, tendo em vista que estas atendem a crianças na faixa etária de 6 meses a 6 anos, idade alvo das discussões nos grupos. O programa do leite também foi referido como uma ação que contribui com as famílias, porém com ressalvas diante da dificuldade de acesso ao programa. Os projetos especiais como horta comunitária na creche e o jogo xadrez foi citado como forma de fortalecimento da família para a promoção do desenvolvimento infantil.

“A escola”

“Minha filha está cadastrada no programa do leite. Também isto daí ajuda bastante. [...] Mas também é bem difícil a gente conseguir. É bem difícil.”

“Na horta serão os Barbados (adultos), vai ter os pais com os filhos que participam. No outro projeto eles chamam o projeto xadrez, que eles tentam explicar a lógica do jogo de xadrez com a lógica da vida.”

Dentre os discursos que emergiram como recursos familiares utilizados para o cuidado da criança, encontramos o uso das tecnologias como televisão vídeo e DVD; entretanto como muito controverso, sendo apontado que estes recursos só contribuem, se houver um controle da qualidade do conteúdo apresentado, na categoria a seguir este mesmo recurso é apresentado como uma dificuldade para o desenvolvimento infantil.

“Lá em casa é a televisão que é a babá [...] Quer sossegar as crianças liga a televisão [...] Tem a TV e o DVD que eu coloco assim coisas infantis para eles É que às vezes eu coloco um desenho e eles ficam entretidos ali Os meus eu só uso o canal 9”

Nas necessidades das famílias para cuidar das crianças as falas abaixo mencionam a família como ordem social que, segundo Sarti, (2005), a família é vista como problema de moralidade na qual é referência simbólica dentro e fora da casa. Assim constitui-se na imagem que ordena e dá sentido ao mundo social. A família vê-se como a grande responsável pela formação dos filhos, acreditando que pode com uma “boa educação” impedir os reflexos da sociedade na formação dos filhos.

“Se você tem uma boa educação em casa teu filho sabe no que se envolver, sabe que em briga não deve entrar [...] Todas essas coisas assim, que oferecem lá fora sabe que não deve pegar (referencia às drogas) porque tem conversa boa em casa.”

Dificuldades das famílias para promoção do desenvolvimento infantil

A família, como já citada acima, compõe uma rede de relações que contribui para o cuidado das crianças, pois a família é um espaço privilegiado de convivência; porém existem conflitos e tensões em toda a existência da família, pois a tensão para conciliar anseios individuais e os projetos coletivos permeia a convivência familiar (Romanelli, 2003). A coexistência familiar exige um ajustamento entre as gerações que varia conforme a etapa do ciclo da vida familiar. A situação de risco das famílias ameaça mais do que seus corpos, ameaça seus vínculos e subjetividades (Vicente, 2000). Deste modo, o espaço doméstico pode ser visto como possibilidade e limitação para o cuidado dos filhos interligado ao espaço da comunidade, da cidadania e mesmo ao espaço mundial.

“Minha sogra é minha sogra ne [...] então ele queria dar opinião eu não deixava. [...] Aqui quem manda sou eu e acabou os filhos são meus. Eu que sei. [...] Porque meus pais se metem muito. Eu não tenho aquela liberdade de falar para eles”

“A minha sogra é ausente mais eu sinto falta por eles. “Eu moro aqui sozinha, sem mãe, sem sogra, sem ninguém fiquei muito doente.”

Entre as dificuldades citadas pelas famílias, a preocupação com a violência surge na discussão sobre o impacto dos programas de televisão na vida das crianças. Estas falas refletem o mito da família estruturada como responsável pela eliminação dos problemas da sociedade, apresentando como resposta arranjos na dimensão singular para questões estruturais. A família acredita que protege os filhos ao separá-los do convívio social, tentando a separação de família e sociedade. O isolamento familiar como uma ilha de estabilidade num mundo de violência (Mello, 2003).

“Desenho na televisão que tem muita coisa errada. [...] É tem bastante desenho que incentiva as crianças É a violência [...] É você tem que estabelecer horário para assistir televisão. [...]Na minha casa vídeo game e arminha de brinquedo não entram.”

“Eu acho que não é o meu caso mas eu percebo assim que tem mãe que não dão carinho para a criança [...]Falta mais educação lá fora.”

A família refere a falta de recursos materiais como uma das dificuldades para a criação dos filhos, desde a autonomia na aquisição dos recursos necessários, como na garantia da qualidade do domicílio com espaço para que as crianças possam desenvolver-se aumentando as chances de saúde que são associadas às chances de saúde como um todo (Kadt, Tasca ,1993).

“Dinheiro (falta) [...]Tendo dinheiro você vai lá e compra tudo que viu se compra”

“Eu tenho pouco espaço em casa. Tem duas peças [...] Na minha casa seria a falta de espaço. É uma casa pequena, não tem área para elas correrem, para ela brincarem. É mais a rua mesmo para elas brincarem com as amiguinhas [...] Eu preciso de mais espaço em casa para cuidar da criança”

A família vivencia diferentes mudanças no decorrer de sua história, denominadas de ciclo vital das famílias, que são compostas por determinadas fases

do desenvolvimento e situações de crises que suscitam atenção específica a cada fase da vida familiar. Na família em expansão, aquela em que o primeiro filho tem até 12 meses, as tensões concentram-se na ansiedade com o parto e estado de saúde do seu filho, na mudança de papéis dos pais com o nascimento da criança, distribuição de responsabilidade para a criação do filho (Reina, Chavarro, 1998), e alteração na produção e reprodução social, com o aumento do consumo e o maior desgaste dos pais, em especial da mãe, no cuidado do filho. As falas a seguir representam as mudanças com o nascimento dos filhos.

“Para mim mudou tudo [...] Tudo o que está quieto sai do lugar [...] Depressão, Nervoso Gritos [...] Noite mal dormida [...] Horas de choro [...] Eu acho que eu ganhei mais responsabilidade [...] Preocupação [...] você tem que amadurecer de um dia para o outro. [...] eu aprendi a lidar com crianças [...] Eu tive que aprender a me virar sozinha a cuidar dele sozinha [...] E parei de trabalhar porque eu ganhava 380,00 e a mulher queria cobrar 300,00, e eu não conseguia creche.”

Recursos comunitários para o fortalecimento da família na promoção do desenvolvimento infantil

O conjunto de recursos familiares e extrafamiliares existente dá suporte à família, ampliando as chances de vida da criança; são denominados de rede social (Reina, Chavarro, 1998). Segundo Chiesa, (2005) a presença e a forma de atuação dessas instituições são fatores preponderantes na promoção da resiliência das famílias para promoção do cuidado dos filhos.

O apoio da comunidade à família em situações críticas, como doença, nascimento, desajuste econômico são importantes e devem ser estimuladas, bem como sua participação na luta por equipamentos de educação, saúde e lazer e no gerenciamento democrático-participativo. Quando a família e a comunidade não assegurar à criança condições de vida digna, cabe ao Estado garantir aos cidadãos tais direitos para que a família possa cumprir suas funções (Vicente, 2000).

Para garantir o direito da criança à convivência familiar e comunitária são necessários programas sociais de complementação de renda familiar, disseminação

de equipamentos socioeducacionais para o cuidado da criança durante o período de trabalho dos pais. Porém estes programas precisam conter insumos necessários à garantia de continuidade, qualidade da produção e mercado consumidor (Becker, 2000).

Apresentaremos a seguir as falas dos sujeitos sobre as potencialidades e limitações dos recursos comunitários capazes de promover ou não a resiliência das famílias no cuidado das crianças. Foram citadas as políticas públicas de diferentes setores como educação, saúde, segurança e urbanismo, como ações que auxiliam na promoção da saúde das crianças e das famílias. Essas ações que vão além do biológico, incorporando outros setores e desenvolvidas no nível local, são formas que ajudam a aumentar a resistência das famílias, melhorando sua autonomia sobre os modos de andar da vida.

“Pré-escola [...] creche, escol [...] unidade de saúde [...] patrulha escolar [...] Praça[...] Programa do leite [...] Então fica tudo perto da minha casa.”

Além das instituições acima citadas foram referidos também programas específicos desenvolvidos, que contribuem para o desenvolvimento dos filhos; porém poucas pessoas tinham acesso a eles, e os que participavam desconheciam maiores informações sobre os programas. Para Vicente, (2000) o acesso a informações, bens e serviços facilita a vida das famílias e o bem-estar de seus membros.

“Da horta serão os Barbados(adultos), vai ter os pais com os filhos que participam. [...] No outro projeto eles chamam o projeto xadrez [...] PET, (Programa de educação tutorial) não sei bem. Pelo que eu sei é um lugar em que a criança fica fora do horário do colégio e você aprende e ganha um valor lá para não ficar na rua. Ela já sai de lá com uma profissão.”

“[...] falta um pouco mais de informação (referindo-se aos projetos existentes)”

A oferta de políticas sociais de apoio à família não consegue contemplar o contexto familiar como um todo (Takashima, 2000). Em reação aos recursos comunitários, além das dificuldades de acesso às creches e de qualidade dos serviços de saúde, as famílias salientam a falta de acesso à informação sobre os programas e as políticas públicas. A creche precisa ser repensada não como um privilégio para alguns, mas como um direito de todos, como resposta às necessidades das famílias. O acesso às políticas públicas de atenção às crianças e às famílias pode ser fator que potencia ou inibe a autonomia das famílias para o cuidado das crianças; portanto sua distribuição equitativa pode contribuir para diminuir as iniquidades.

“Porque não tinha vaga na creche para colocá-la”

“[...]falta de um hospital pediátrico nesta região[...]”

“(falta) [...] organização do atendimento da saúde [...]Um pediatra, um dentista para criança. [...] Precisaria que as enfermeiras saíssem depois das 6.”

“Ela tentou, tentou o bolsa família olha acho que faz uns 3 anos que ela tenta.”

“Na pracinha aqui mesmo, chega final de semana. Cheio de maloqueiro .Não dá para levar. Quando não está tudo destruído.”

As respostas das famílias para as suas necessidades ultrapassam as questões de saúde e educação, contemplando nas suas discussões questões de infraestrutura, lazer, segurança e projeto de promoção da autonomia da mãe. A própria família refere a importância da participação de outros setores, além da saúde para responder às suas necessidades.

“Projetos para as crianças, para eles fazerem esportes.”

“Falta de sinaleiro (semáforo) perto da creche e da escola”

“Tem muita valeta”

“[...] ter um espaço para as mães”.

“Posto policial”

“Programas de governo que atendesse mais essa idade de 8 a 12 anos”

4.2.2 Necessidades de saúde na percepção dos representantes das agências de socialização

A família é o primeiro espaço de socialização da criança, local em que o sujeito é introduzido no mundo objetivo de uma sociedade (Vitale, 2003). Essas trocas da família com a sociedade têm grande participação das agências de socialização, que neste trabalho foram consideradas as seguintes: a creche, a pré-escola, o conselho tutelar, a pastoral da criança e a unidade de saúde. Desta forma, ouvimos as agências de socialização sobre as necessidades das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. A seguir apresentaremos as categorias empíricas que emergiram das falas dos sujeitos.

Percepção de saúde

A concepção de saúde da criança dos representantes das agências de socialização incorpora a dimensão emocional, trazendo a felicidade como um dos indicadores de criança saudável; as relações sociais percebidas na interação com o outro também consideram a saúde como um processo, trazendo sua dinamicidade, pois as mudanças necessariamente não caracterizam o estar doente.

“A aparência dela, física, sempre está alegre, participando das coisas, conversando, falando[...] vê que se alimenta bem. [...] Mas, principalmente pelo comportamento visível daquela alegria, sempre está conversando, falando”.

“[...]é normal a criança pegar duas gripes durante o ano.”

A percepção de saúde também é feita na identificação de questões relacionadas com a normatização dos cuidados que as famílias prestam às crianças, com ênfase no adjetivo bem, ou seja, não é uma criança limpa e sim “bem limpa”; são questões de controle das famílias, trazendo o padrão controlador da medicina higienista que, segundo Costa, (1989), a criança para tornar-se um adulto higiênico

precisaria ser bem cuidada, pois a qualidade desses cuidados determinaria suas qualidades morais e corporais, quando adultos.

*“**Bem** cuidada, bem de saúde, não teve nenhuma doença, **bem** higienizada. [...] Mãe amamentou no seio. [...] Mãe sempre acompanha. Tem carinho e cuidado, vem **bem** vestida, **bem** limpinha. [...] Cuidados com relação à alimentação, higiene, saúde.”*

Na dimensão social a concepção de saúde está relacionada à rede de apoio social, contemplando a participação da família, trazendo uma visão idealizada, num modelo normativo, com ausência de conflitos e um padrão de família nuclear como imaginário, que tem como atributo básico uma estrutura hierarquizada; apresenta uma norma de vínculo afetivo entre os cônjuges e entre esses e a prole (Romanelli, 2003). Também incorpora o espaço da cidadania, quando refere o acesso à creche e à educação para olhar a criança saudável para além da dimensão estritamente do setor saúde, abarcando outros setores como co-responsáveis na saúde da criança.

“Tem uma família que acompanha bem [...] ter um acompanhamento não só dos pais mais da família como um todo. [...] normal para mim é uma criança que tenha o pai e a mãe vivendo junto e que tenha creche para esta criança e educação”

Em relação aos problemas de saúde das crianças deste bairro, as doenças respiratórias são referidas correlacionadas à questão de infra-estrutura local, apontam a falta de autonomia nas condições de vida, como responsáveis por algumas das mazelas que interferem nas condições de saúde das crianças.

“Diarréia, respiratórias por causa de muita poeira. [...] Condições precárias de vida trazendo subnutrição, desnutrição, anemia, verminose [...] desnutrição [...] Desnutrição por falta de alimentação adequada para a família toda e as crianças são as que mais sofrem”

Dentre os desgastes apresentados nas falas dos representantes das agências de socialização, a violência intrafamiliar é citada como vulnerabilidade para a promoção do desenvolvimento infantil, traduzida enquanto irresponsabilidade da família; porém Gomes, (2003) salienta que é indiscutível a correlação entre a criança abandonada e família abandonada, suscitando nesta discussão um redirecionamento no olhar, da culpabilização familiar para interpretar a violência numa dimensão macrosocial como objeto de violência social institucionalizada. Chama a atenção ainda para o risco de reiterarmos esta forma de desgaste entre as gerações futuras.

“[...] Pais dependentes químicos, usuários de drogas [...] muita negligência [...] famílias que a gente considera desestruturadas ...a gente sente que isto reflete na saúde da criança. [...] Acredito que a negligência é muito forte [...] abuso sexual [...] violência física, da violência psicológica [...] Quer dizer isto gera uma falta de saúde de geração para geração.”

A morbidade referida aqui está arrolada à normatização do ideal de família, trazendo o amor entre pais e filhos sonhado pelas normas de saúde higienista como respostas aos problemas de saúde das crianças (Costa, 1989). Quando fala da pediculose e escabiose como problema básico de saúde atrela ao uso de cuidados simples de higiene e não todas as questões estruturais de acesso à qualidade do domicílio e de recursos materiais como fatores que interferem nesta situação.

“[...] a falta de afeto. Crianças que são criadas sem ser desejada, sem afeto. Os programas são relacionados ao biológico, mas ao psicológico não.”

“[...] questão básica de higiene [...] pediculose, falta de higiene. [...] O piolho, a pediculose é uma coisa que preocupa muito a gente.”

O reconhecimento do desenvolvimento infantil auxilia na compreensão da saúde da criança. Para tanto as categorias analíticas de bem-estar Labonte, (1996) contribuem na organização dos dados. As falas das agências de socialização explicitam as três categorias: física, emocional e social. Na primeira distingui a

energia vital, utilizando o saber científico e recursos tecnológicos como os gráficos e os marcos do desenvolvimento psicomotor. O conhecimento técnico é visto na identificação das características físicas da criança. Já as outras dimensões emocional e social abarcam a vida comunitária e o projeto de vida, que traz a importância da comunicação como habilidade para fazer o desejado e a participação na vida comunitária como potenciadores de saúde.

“Nós pediatras controlamos isto por gráficos, peso, altura e o desenvolvimento psicomotor. A gente tem esses parâmetros para fazer essa avaliação”

Uma criança nutrida pode até estar magra, mas é nutrida. [...] A questão de olhar para ela fisicamente ver se está bem, que a gente percebe no corpo da criança. Até o cabelo é diferente.. [...].”

“Criança alegre, participativa, ela tem uma desenvoltura. [...]a gente vê no olhar dela, na postura, na convivência conversa”

“[...]ambiente familiar que ela vive [...] Da fala, do brincar, a comunicação com as pessoas.”

Necessidades da criança para um desenvolvimento saudável

A visão das agências de socialização sobre das necessidades das crianças está centrada na responsabilidade da família desde uma perceptiva moral de bons costumes como sua manutenção material e da condição de manter a qualidade do ambiente, com conforto e bem-estar. Nesta visão, a necessidade da criança é a norteadora da norma familiar, pois só ela pode produzir as condições necessárias para o desenvolvimento infantil saudável, com ambientes higienizados, mantendo o mesmo modelo da medicina doméstica, em que a reorganização das famílias era feita com intuito de proteção das crianças (Costa, 1989).

“Amor e alimento. [...] E higiene, limpeza [...]”

“O principal na infância é a alimentação, ambiente saudável, rico em estímulos com carinho e afetividade.”

“ O brinquedo é importante [...] jogos.”

“Além da alimentação os cuidados que esta criança vai ter de higiene, essas coisas todas. [...] do ambiente onde ela vive, uma boa casa, da limpeza [...] espaço para brincar. [...] Tentar fazer com que aquela criança tenha um conforto, um bem estar.”

“Estar adaptado ao mundo, ser socializado com um bom caráter e uma boa personalidade no futuro.”

A família na fala das agências é considerada como a grande e única responsável pela proteção da criança, atendendo à dimensão material, mas com uma família idealizada, em que deve existir uma convivência pacífica, no modelo de família nuclear estruturada. Este padrão de família é visto como escudo protetor das mazelas sociais. Se as instituições trazem o conceito de família idealizada, como é possível construir projetos de intervenção que atendam à família real, que nem sempre tem casa, renda ou mesmo a presença de pai e mãe vivendo juntos, e em harmonia. A família nuclear é o modelo hegemônico de ideal de ordenação da vida doméstica (Romanelli, 2003). Corroborando estes dados, Takashima (2000) afirma que os profissionais que atuam com grupos familiares tendem a utilizar como referência a base empírica derivada da sua própria visão de família, muitas vezes com posturas moralizantes e normatizadoras, agindo com despreparo.

“Ter toda esta estrutura (família), não só ter dinheiro. [...] Harmonia, equilíbrio de tudo. [...] Ter pai e mãe, ter renda, renda, escola e ocupação[...] porque a base da criança é a família. Tendo uma família com base, a criança não se perde. [...] A base de tudo é a família, estrutura familiar você consegue prevenir droga, prostituição Então cai sempre na família.”

“O nível escolar (dos pais) traz base para ajudar no crescimento e no desenvolvimento saudável.”

A família deve ser vista não como um núcleo, mas como uma rede de sobrevivência, que engloba tanto o espaço da afetividade, como formas de viabilizar sua existência, ultrapassando os limites da casa, numa rede de sociabilidade em que toda a família está envolvida. Nas famílias desfeitas, refeitas, ou quando a mãe trabalha fora os arranjos familiares tendem a se deslocar do núcleo para a rede, mais direcionados para a família da mulher (Sarti, 2005). As falas exprimem também a

questão do papel social da mulher, enquanto a responsável pela casa e pelo cuidado das crianças, trazendo o mito do amor materno como norma estabelecida, imputando à mulher a sensação de desconforto, caso não siga as regras impostas socialmente. Reforça a importância de manter o cuidado das crianças fechado na rede familiar, quase excluindo as práticas sociais de suporte da família construídas no espaço da cidadania e da comunidade, por meio de políticas públicas de suporte à família ou mesmo das formas de organização comunitárias pautadas pelas obrigações políticas horizontais (Santos, 2002; Costa, 1989; Rivoredo, 1995).

“[...]eles têm uma rede familiar que apóia esse desenvolvimento e as outras necessidades que ela tem desde saúde até de referências, ela tem a possibilidade de ter. [...] Então financeiramente, socialmente também tem esse apoio da família e principalmente o que eu acho mais importante o afeto.”

“A primeira coisa é o aleitamento materno. Acho que a mãe que não dá o leite materno já começa aí. [...] Ficar com mãe, que a mãe possa cuidar até 5 anos. [...] São diferentes daquelas crianças que ficam na creche. As crianças de creche ficam mais doentes e muitas”

Necessidades da família para promoção do desenvolvimento infantil

O espaço doméstico é o lócus privilegiado de socialização, práticas de cidadania, divisão de responsabilidade e busca de sobrevivência: portanto lugar de proteção e sobrevivência para seus membros; portanto tem papel preponderante na construção da identidade individual e coletiva; deve ser valorizada enquanto lócus de produção de identidade social básica e da manutenção da reprodução social. Assim é um espaço fecundo para promoção do desenvolvimento infantil e humano. Para que a família possa desempenhar todo o seu potencial de proteção dos seus membros, em especial das crianças, suscita atenção especial. Desta forma, o Estado deve ter políticas de fortalecimento das famílias, apoiando-as no desenvolvimento do seu papel (Vicente, 2000).

Nas falas a seguir, para atender às necessidades das famílias, para o cuidado dos filhos é necessária ação grupal de apoio às famílias, que passa pela

satisfação das necessidades no espaço doméstico, onde ocorrem diferentes arranjos na rede familiar que utilizam uma ação dialógica na sua construção, incorporando a dimensão das relações sociais.

“ [...] a estrutura familiar é a base de tudo porque o pai e uma mãe presente na vida de um filho ”

“a mãe tem que saber passar responsabilidade para o pai se for casada. Para o pai dividir este compromisso [...] Há um envolvimento da família. Então hoje em dia todo mundo tem que ajudar. Nós temos família aqui que os avós são muito presente. [...] “ é comum os maiores (filhos) serem responsáveis pelos menores, então eles têm que cuidar da casa, cuidar da alimentação do irmão menor [...]”

Encontramos nas falas das agências as contradições construídas socialmente sobre o papel da mulher na sociedade e na família, agregando a isto estão a discussão sobre a responsabilidade do cuidado das crianças e do papel das famílias. O discurso institucional fragilizado pela falta de crítica e criatividade contribui para a compartimentalização da realidade familiar e comunitária em sua totalidade. Esta visão traz a fragmentação existente na sociedade sobre conceito de família. Assim a autora chama a atenção para a importância do conhecimento da história cultural das famílias e as formas de organização familiar existente na sociedade, para melhor orientar as práticas sociais e políticas de atendimento à criança e à família (Neder, 2000).

“A condição social, pois a mãe vai trabalhar porque ela precisa. [...] Bom o ideal seria que as mães não precisassem trabalhar, mas na atual sociedade em que vivemos que a gente sabe que as mães têm que trabalhar [...]”

“Creche, e uma boa situação financeira para a mãe ficar em casa. [...] As crianças não ficarem em casa, ter creche.”

A satisfação das necessidades das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil é em grande parte atendida no espaço da cidadania, em que se constitui a esfera pública, campo da produção de obrigações verticais nas relações

entre os cidadãos e o Estado (Santos, 2002). Assim, as ações do Estado repercutem na dinâmica da vida das famílias. O modelo de desenvolvimento socioeconômico também tem impacto na família. Portanto as necessidades das famílias demandam políticas e programas específicos para atendê-las (Ferrari, Kalounstian, 2000).

“[...]apoio da família, apoio das instituições de atendimento à criança como creche, programas de orientação a família, programas sociais e na educação infantil, na educação de pais, assistência social programas de geração de renda é bastante importante mesmo. ”

“A família para viver bem tem que ter emprego. Se não existir emprego acabou [...] estando desempregado nem atenção e amor eles conseguem dar para os filhos.’

“ Eu acho que emprego e as creches, escolas. [...] A questão da moradia que a pessoa tendo um emprego ela pode ter uma moradia mais decente. Paga um aluguel, ou paga uma prestação de uma casa.”

As falas abaixo trazem uma visão das famílias como incapazes de cuidar dos filhos; portanto precisam ser preparadas, ou seja, necessitam aprender o papel de pais. As representações sociais que desqualificam os pais, considerando-os como quem não amam os filhos, incapazes de estabelecerem vínculos com suas crianças afetam as políticas de atenção à família (Vicente, 2000). Esse ajuste da família num modelo, em que todo o resto é considerado anormal, propicia a imposição do discurso normativo (Sarti, 2004), alterando ainda mais as diferenças nas relações de poder. O modelo higienista remanejou as relações de poder dentro da família, apoiado no conceito de ignorância e irresponsabilidade da família (Costa, 1989).

“Os pais precisam ser preparados [...]...O que eu procuro sempre proporcionar é orientações e mostrar o valor deste processo. [...] gente tem que ter um preparo. Ser pai e mãe não é coisa fácil. [...] O que a gente vê hoje é muita gente despreparada. A saúde poderia ajudar mais com palestras e acesso a planejamento familiar”

Dificuldades das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil

As condições no processo de produção e de distribuição de bens implicam as chances das famílias em poder satisfazer suas necessidades; portanto as condições materiais têm interferência nas chances de vida como um todo e conseqüentemente nas chances de saúde (Kadt, Taska, 1993). As falas também evocam a sobrecarga de trabalho na aglomeração das atividades do processo de produção com as atividades domésticas, trazendo com isto desgaste nas condições de saúde do trabalhador. Juntando as dificuldades da família, citam a insegurança em relação ao acesso a creche e a incerteza na possibilidade de esta responder às suas necessidades de trabalhar e manter a saúde dos filhos. Assim, a fala abaixo explicita as dificuldades na dimensão macrosocial que interfere nas formas de organização das famílias, nas determinações e nas respostas às necessidades de saúde e bem-estar.

“Estrutura familiar, relacionamento e condições sociais. [...]..falta de educação e por faltar educação falta estrutura sócio econômica e as vezes falta valores morais e éticos. [...] O econômico influencia em tudo.”

“Se a pessoa não está bem, tem que trabalhar o dia inteiro até a noite ele não tem aquele atendimento de qualidade, a criança fica sem esse. [...]”

“Questão financeira, pois eles têm que sair para trabalhar, e a creche não é uma coisa 100%. [...] Eu acho que a maior dificuldade é a ausência dos pais com as crianças por causa do trabalho. Ela (mãe) acaba sendo a provedora daquela família.. [...]. às vezes essa mãe é a única provedora do lar. [...].”

Dentre os desgastes que as famílias enfrentam, encontramos a dimensão do direito, o espaço da produção, espaço que regula as relações de trabalho, estabelece as rotinas no interior da empresa, as sanções pela sua violação, mantém o controle sobre empregados e gestores no trabalho, e muitas vezes amplia esta regulação para a vida familiar (Santos, 2002) conforme corroborado pelas falas a seguir que expressam o impacto desta regulação no espaço doméstico evidenciando a falta de garantia aos direitos trabalhistas. Muitas famílias, que têm sua inserção no

mercado de trabalho informal, aumentam ainda mais as relações desiguais no espaço da produção, repercutindo diretamente no espaço doméstico e nas relações de cuidado das crianças. Neste âmbito, ressalta-se a importância do espaço da cidadania para a construção de propostas inibidoras ou promotoras de autonomia e resiliência nas famílias, proporcionando, assim, a promoção do desenvolvimento infantil.

“As políticas sociais para área de família devem levar em conta o apoio a ser dado às mulheres nas famílias dos setores populares, enquanto arrimo econômico; deve, no entanto atentar também para sua valorização enquanto suporte político e psicológico, o qual lhes é culturalmente atribuído dentro do núcleo familiar” (Neder, 2000, p.45).

“A questão do trabalho[...] A mãe tem medo de sair do serviço para vir aqui. Ela tem medo que fazendo isto ela vai perder o trabalho. [...] por mais que ela tenha direito a sair do trabalho pegar a criança ir ao médico, o médico dá o atestado médico.”

“E também a questão das mães que são diaristas, que são autônomas, que não tem o registro de carteira (trabalho). [...] A questão é o trabalho mesmo. As pessoas têm medo de perder o salário.”

A inadequação das políticas publica para atender às necessidades das famílias repercute no papel destas como agente de socialização de seus membros, em especial as crianças, bem como no nível de bem-estar infantil manifesto por meio das condições gerais de sobrevivência, consumo de alimentos, nível de educação, respeito aos direitos humanos e manutenção de vínculo estável com a família. Assim, por de trás de uma criança excluída e em situação de risco está uma família sem suporte estatal, inatingível pela política oficial. A situação de abandono das crianças é resultado do desamparo das famílias; portanto é preciso reconsiderar a família e a comunidade como foco da atenção das políticas publicas (Carvalho, 2000).

Neste sentido, o espaço doméstico sofre impacto da forma de organização do espaço da cidadania e do não cumprimento das políticas públicas em que se determina aos municípios uma dotação orçamentária de 25% do seu orçamento

para atender à área de educação e a sua principal responsabilidade é com as crianças, do berçário à pré-escola e com a educação básica (Vicente, 2000).

“Falta de creche e escola (legislação sobre os direitos trabalhistas a trabalhadoras com filhos) [...] .Nós temos uma demanda grande e uma oferta pequena. [...] .faltam políticas públicas que atendam a todas as necessidades das famílias [...] são programas, mas políticos, duram enquanto determinado político necessitar. Você tem alguns programas que efetivamente não atendem”

“Então nosso público é esse é o desesperador que não tem onde deixar a criança, não tem família para contar, não tem como pagar então ela se vê sozinha tendo que dar conta da situação do filho[...].”

Embora a proteção da criança se encontre estabelecida em diferentes instrumentos legais, como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB) e até mesmo na Constituição Federal, apoiados por diferentes segmentos da sociedade, nos quais considera a criança como cidadão e sujeito de direitos, alvo preferencial das políticas públicas integradas. Destacamos a Constituição Federativa da República do Brasil, 1988 no artigo 7^a que afirma o direito dos trabalhadores à assistência dos filhos e dependentes desde o nascimento até cinco anos de idade em creche e pré-escola e o artigo 208 que aponta como dever do Estado a garantia da educação infantil em creche e pré-escola às crianças até cinco anos de idade.

Em contraposição aos direitos estabelecidos no espaço da cidadania encontramos no espaço doméstico a situação de pobreza de muitas famílias e a falta de equipamentos sociais, como creche, para cuidar das crianças, levando as famílias a incorporar práticas alternativas no espaço da comunidade, como vizinhos, amigos e parentes para o cuidado da criança, enquanto os pais estão trabalhando. As falas salientam a falta de políticas públicas eficientes como inibidoras do potencial das famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.

“[...] muitas vezes por não conseguirem vaga em creche, essa criança cai na mão de terceiros. E essas terceiras pessoas muitas vezes são pessoas que ela confia e são violadores desses próprios direitos. Então eu acho que a negligência exige uma coisa mais discutida, senão fica

uma coisa de jogar a culpa no outro, e na verdade é uma rede que tem que trabalhar [...] o maior violador é o estado e a família, mas está chegando num ponto que a gente não sabe quem viola mais os direitos”

A modificação no ciclo vital da família acarreta alterações tanto nas necessidades sociais e de saúde das famílias como na sua forma de organização para atender as novas exigências, em especial para o nascimento do primeiro filho. Dentre às mudanças podem surgir conflitos e tensões suscitando novos arranjos na estrutura familiar que perpassa desde rotinas alteradas até mesmo um grande impacto nas relações de produção e reprodução social desta família. Nestes encontramos a sobrecarga dos serviços para a mulher, uma redistribuição de tarefas entre os membros da família incluindo as três gerações e um aumento do consumo da família em contra posição a desgaste maior da força reprodutora.

“Uma mudança total [...] é uma mudança estrutural do casal e da família como um todo. É uma reorganização interna de todos os componentes [...] a família fica em função da criança família tem que saber dividir o dia a dia da família com a criança, o trabalho, porque hoje em dia as mães não podem parar de trabalhar para cuidar do seu filho depende mesmo de uma instituição”

“A gente trabalha cuida da criança daí você fica esgotada fisicamente, mentalmente e às vezes o companheiro não entende a tua cansa e as vezes não te ajuda e daí a gente começa a discutir ”

“Muda a questão financeira que você já vai gastar mais, tem que cortar gastos daqui, gastos dali gastos financeiros”

Recursos comunitários para o fortalecimento da família na promoção do desenvolvimento infantil

Para atender às necessidades de saúde das famílias é preciso ir além da rede social intrafamiliar; é preciso reconhecer os recursos que potenciam e os que inibem, tanto do espaço da cidadania como do espaço da comunidade. Para um projeto de proteção e alteração na qualidade de vida das famílias é preciso uma ação intersetorial para evitar a fragmentação dos programas de atenção à família, para tanto é necessário uma rede com base no território para otimizar as relações e

recursos existentes (Carvalho, 2000). Na fala dos representantes das agências de socialização emerge um grande número de instituições, destas muitas não foram citados pelas famílias, estes fatos suscitam uma reflexão a respeito desta inconsistência entre a visão da família e das agências, podemos pensar enquanto falta de informação sobre os recursos existentes na comunidade, ou mesmo a falta de acesso a esta rede social de suporte.

Ao se referirem à creche os representantes das agências trazem uma contradição interna em relação à quantidade, ao acesso das famílias a esta política pública que tem grande impacto na promoção da família; porém, ao olharmos as falas das famílias sobre este aspecto, fica explícita a dificuldade de acesso às creches. Outro aspecto em que existe discordância entre a visão da família e das instituições são os tipos de programas que mais contribuem para fortalecer as famílias no cuidado dos filhos. Aqui são referidos os programas normativos, que incorporam a dimensão física, como os desenvolvidos no setor de saúde. Já as famílias se referem aos programas que incorporam as dimensões das relações sociais e da vida comunitária como capazes de aumentar suas habilidades para fazer o desejado e mesmo para ampliar sua autonomia sobre os modos de andar a vida.

“A Unidades de Saúde, tem o PSF, tem as creches, pastoral, pré-escola, conselho tutelar. Escolas [...] Piá ambiental, ginásio de esportes [...] FAS (Fundação de Assistência Social) [...] Agora têm a comunidade escola”

“O trabalho da saúde aqui do posto. Eles têm vários programas. Programa da família, criança saudável. [...]”

“[...]as creches, o posto de saúde [...] a pastoral, tem algumas igrejas que ajudam, não só católicas, mas evangélicas e bastantes creches”

“Boa estrutura pública de apoio. Creches e projetos e boas escolas, bons recursos. Gosto de estar aqui, poucas crianças ficam fora de creche por falta de vagas, o que não tem em outros lugares.”

“Agora infelizmente o número de vagas é insuficiente para o número de crianças que precisam. A gente tem uma fila aqui de quase 200 crianças na fila esperando vaga.”

Entre os recursos da rede social que deveriam existir para auxiliar as famílias no cuidado das crianças, surge a necessidade de efetivação das políticas já

propostas, considerando que é preciso uma rede integrada, ou seja, uma articulação entre os diferentes setores que desenvolvem atividades nesta área. Assim as agências de socialização traz o potencial da intersectorialidade como um das formas de ampliar a capacidade da rede social de responder às necessidades das famílias. Também consideram necessário incorporar ações que extrapolem a dimensão física, para as dimensões da vida comunitária e projeto de vida, visando atender às necessidades das famílias no promoção do desenvolvimento infantil nas dimensões social e emocional, tais como as explicitadas nas falas abaixo.

“Não existe uma rede integrada que faça a coisa ser efetivada [...] ”

“Parques, mais áreas de lazer.”

“Mais atividades para as crianças dessa idade.”

“Teria que ter mais pré-escola [...].Mais creches, tem criança que não tem onde ficar.Grupos de adolescentes, até de crianças para teatro que os envolva em alguma coisa. Melhore o desempenho na escola e na vida. ”

Para atender às necessidades básicas das famílias deve-se suplantar a mera visão biológica e incluir outras como psicológicas, sociais e éticas, de auto-estima, de uma relação significativa com os outros, de crescimento da própria competência ou da participação na definição do significado de sua vida pessoal e dos demais (Takashima, 2000).

“[...] melhorar a qualidade de vida dessas famílias. [...] como a gente está visando aqui que eu acho que é o caminho. Então é o psicólogo, nutricionista, enfermeiro, médico, assistente social [...] para que se possa dar suporte para que eles possam realizar as tarefas ”

O discurso das agências se refere a uma inadequação na forma de organização dos serviços para atender às famílias no que se refere a conseguir conciliar as atividades da vida com as reuniões agendadas pelas instituições de suporte das famílias no cuidado das crianças, porém agrega às falas uma questão já

verbalizada pelas famílias de falta de acesso a informações sobre as ações desenvolvidas no próprio bairro. Traz também uma alusão à não participação por falta de vontade ou desejo de participar, explicitando uma visão de culpabilização do sujeito. Para Takashima, (2000) as atividades domésticas, o desgaste e o cansaço pela dupla jornada de trabalho são fatores limitantes para que as famílias participem das reuniões.

“[...] questão de um horário apropriado que às vezes tem reunião no sábado e tem pais que trabalham no sábado e não podem ir. [...] Falta divulgação e existe muito comodismo dos pais [...] melhor atendimento nas unidades de saúde Falta uma questão de horário e boa vontade que não adianta só a prefeitura, o Estado e o governo oferecer estes programas oferecer esta questão de apoio e a pessoa não ter vontade de ir. [...] ”

As falas a seguir trazem a visão normativa dos profissionais, que se referem às famílias como incapazes, sendo imprescindível promover atividades educativas com intento de ensinar o seu papel e os sentimentos necessários para serem pais, ou seja, trazendo-os à razão. Esta visão vem do modelo higienista cujos profissionais de saúde estabelecem as normas e as regras do que é ideal para o cuidado das crianças, trazendo no saber higiênico a prova da incompetência da família para cuidar dos filhos (Costa, 1989).

“Então eu penso que deveria ter um programa assim educar consciente que fosse o nome de um programa de um projeto que existisse: saber educar dando limite e dando amor e em primeiro lugar que essa criança fosse parte do projeto da família, porque hoje em dia você vê muito, a mãe o pai pensa no bem estar dela esquece que tem um filho. [...] isto seria importante no programa de atendimento, essa conscientização. Sensibilização. Conscientização do ponto de vista racional e sensibilização da emoção. Faze-los sentir que eles são gente e que estão produzindo gente.”
“[...] mais palestra sobre saúde, sobre alimentação. Até o posto mesmo poderia proporcionar [...]”

5 ANÁLISE E SÍNTESE

A interpretação dos dados entre as dimensões particular e singular na apreensão das necessidades de saúde radica e consubstancia na dialética entre percepção das famílias e das agências de socialização, expressas as contradições existentes na relação estado e sociedade para satisfação dessas necessidades. As contradições encontradas apresentam a tensão entre controle e autonomia, em que os profissionais têm uma visão normativa das famílias. A concepção de família a que eles se reportam se enquadra no modelo idealizado, composta por pai, mãe e filhos, com uma boa casa. Esta definição de família “idealizada” compromete o reconhecimento das necessidades das famílias “reais”, prejudicando a elaboração de projetos sociais capazes de responder a estas necessidades. Resgatando-se as contribuições de Santos, (2002), é preciso repensar esta concepção, para que se possam desenvolver práticas com capacidade de emancipação e não práticas inibidoras. Para isto é preciso incorporar a família real, com os seus conflitos, seu patrimônio relacional e seu potencial de promoção da saúde, para o centro das políticas públicas, a fim de formular práticas emancipatórias, aumentando a autonomia das famílias para o cuidado dos filhos.

As agências de socialização se referem às famílias como incapazes, com uma conduta tida como comodista ao não corresponderem às solicitações das instituições, ou mesmo lhes imputando falta de habilidade para serem pais, desde a dimensão emocional, no modelo idealizado de afeto, como nas dimensões da vida comunitária e das relações sociais, no modelo de cuidado e higiene das crianças. As propostas de intervenção encontradas na dimensão da habilidade para fazer o desejado centram-se na necessidade de preparar os pais para o seu papel ou mesmo palestras e campanhas de orientação para as famílias.

A interpretação dos dados, com base na matriz analítica da dimensão de Saúde e Bem-Estar evidencia a categoria de energia vital na dimensão física, com uma equivalência entre as percepções das famílias e das agências de socialização, em que a necessidade se centra na nutrição que surge com muita intensidade como

potencial de saúde, sendo que o crescimento físico e a vitalidade são formas para identificar esta dimensão de necessidade, diferindo apenas nos modos de reconhecer o potencial de saúde das crianças. As famílias identificam o desenvolvimento infantil saudável pelas atividades da vida diária, como correr e brincar, mas também incorporam o referencial dos profissionais de saúde, como pesar e medir. As agências de socialização apresentam os recursos técnicos como gráficos, marcos do desenvolvimento infantil e o dados antropométricos, para identificar as chances de saúde das crianças. O desgaste centra-se nos processos patológicos na infância, como doenças respiratórias e alérgicas correlacionadas à falta de infra-estrutura do bairro, como poeira e valetas abertas. Identificam-se também as diferenças internas no território, no acesso aos recursos públicos como revestimento asfáltico das ruas principais e rede de esgoto, porém não chegam a ser prepositivos na dimensão estrutural.

Entre os potenciais das famílias encontramos as redes sociais de suporte, construídas nos espaços doméstico, comunitário e da cidadania; suas ações podem ser inibidoras ou permissoras das potencialidades das famílias para o desenvolvimento infantil saudável. As respostas das famílias para as suas necessidades de saúde comparecem com maior enfoque pela dimensão singular, considerando a rede de apoio familiar como grande potencial de resiliência, trazendo harmonia e coesão familiar, afeto, as relações de amizade, a educação da família e o diálogo com os filhos como capazes de aumentar a chances de saúde dos filhos.

Na dimensão da vida comunitária, as chances de as crianças crescerem saudáveis foram explicitadas no espaço doméstico com os arranjos familiares e com a distribuição da responsabilidade com os filhos. Neste âmbito, as agências de socialização trazem também o comportamento, atitude e os valores morais das famílias como fatores que interferem no potencial de saúde das crianças. No espaço da cidadania, as políticas públicas no setor de educação com as creches, pré-escolas e escolas são percebidas com grande potencial de fortalecimento das famílias, para ampliar as chances do desenvolvimento infantil, tanto como agências de socialização, como possibilidade de aumentar o potencial das famílias para produção social. Também são vistas com potencial para reduzir o risco de violência na infância e mesmo com projetos que aumentam o vínculo entre pais e filhos. Salientam ainda

as políticas públicas de cunho social, como geração de renda, bolsa escola e programa do leite.

Na vida comunitária, a violência eclode, tanto nas falas das agências como das famílias. Neste sentido, a resposta surge na tentativa de isolamento na própria família e pelo aumento das ações com foco na segurança pública, como posto policial. As famílias citam a importância da organização das políticas públicas próximas à moradia, no território, como fator de seu fortalecimento, pois diminui o desgaste em relação ao tempo e deslocamento para atender às necessidades da vida diária.

Ainda na vida comunitária, os sujeitos expressam a necessidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde, com a ampliação da rede hospitalar para atenção à saúde da criança, no próprio território. Mas também referem que é preciso organizar os serviços de saúde de forma a responder às necessidades das famílias como os horários de atendimento. O desgaste da família na dimensão da vida comunitária está relacionado à necessidade de acesso às políticas públicas que contemplam a falta de vagas nas creches, falta de informações sobre os recursos existentes, e as dificuldades de ter acesso aos programas de suporte social, como o programa do leite. Também referem a necessidade de ampliar espaços públicos para o lazer, como praças e ginásios de esporte. Este pedido está agregada a tentativa de dar conta da violência com ações na dimensão singular, como o isolamento da família e das crianças do convívio social, trazendo as dificuldades de aprender a conviver e a falta de habilidade para lidar com a diversidade.

As famílias apresentam uma percepção idealizada delas mesmas, em que expressam a família como um refúgio, como se o espaço doméstico fosse capaz de proteger os filhos da violência da sociedade. Nesta percepção subjaz uma visão ingênua e fragmentada que atomiza a família como espaço separado da sociedade e não como reflexo e composição do todo. Tal visão nega os conflitos internos próprios do espaço doméstico, locus das relações sociais agregadas ao trabalho doméstico, como gênero, geração e cuidado dos filhos, entre outros. Referem também a dificuldade de serem ouvidas nos processos de trabalho desenvolvidos no espaço da cidadania e das políticas públicas.

O modo de produzir ações para satisfazer as necessidades precisa incorporar as tecnologias leves que permitam a produção do cuidado centrado na família, utilizando o conhecimento científico hegemônico, integrado ao senso comum, comprometido com uma ação emancipatória e não inibidora, trabalhando numa relação mais horizontalizada entre os diferentes atores e espaços de produção de poder. Para tanto é preciso uma permeabilidade nos micropoderes, para aumentar a capacidade das famílias para terem autonomia nas decisões nos modos de andar a vida. Neste sentido nenhum projeto de intervenção deve definir as decisões das famílias, porém devem trazer propostas que apóiem sua decisão. A título de exemplo, a família não deve ser obrigada a colocar a criança na creche, porém ela precisa ter o direito ao acesso da creche, enquanto espaço de socialização e promoção do desenvolvimento infantil e não como política inibidora, em que a falta de acesso à creche diminui a capacidade da família em ter controle sobre a vida.

Os dados apresentaram uma dicotomia na concepção da creche por ambos os sujeitos. Tanto as famílias, como os representantes das agências de socialização se referem à creche de forma ambígua; alguns se referem à creche como espaço que pode fortalecer a família para o cuidado da criança, contribuindo no desenvolvimento infantil e na socialização; outros se referem a ele como local, onde as crianças diminuem seu potencial de saúde, ou seja, polarização da finalidade da creche, enquanto espaço de socialização das crianças ou enquanto local de depósito e vulnerabilidade para as crianças. Esta visão reflete a construção histórica do papel das creches.

Embora a promoção da saúde, enquanto campo teórico conceitual e formulador de políticas públicas, compreenda a saúde abarcando várias dimensões da vida, na prática as ferramentas para captação das necessidades e mesmo para satisfazê-las ainda não conseguem responder a esse conceito ampliado de saúde. Portanto é preciso construir instrumentos sensíveis e desenvolver habilidades profissionais, para que possamos articular projetos na dimensão da saúde como conceito positivo.

O *empowerment* traz a possibilidade para desenvolver habilidades de emancipação dos sujeitos, quando a relação dialógica tem grande potencial, tanto no processo de apreensão e nas formas de satisfação das necessidades, como na afiliação

dos processos de construção coletiva, onde é preciso fazer uma leitura das formas e espaços da produção do poder e aumentar a capacidade de escuta das famílias, como fortalecimento dos sujeitos para uma participação crítica neste processo. Compreender as relações de poder na sociedade enseja contribuir para as intervenções de fortalecimento das famílias; porém é preciso reconhecer o poder na sua relação dialética como potenciador de ações emancipatórias ou inibidoras.

A construção de práticas de emancipação devem trazer na sua concepção processos dialógicos com horizontalidade nas relações de poder, para desenvolverem ações emancipadoras. Nesta perspectiva, Labonte (1996) chama a atenção para práticas que contemplem também a dimensão intersubjetiva, buscando apreender as potencialidades das famílias, suas crenças, seus valores, arranjos e organização, além das vulnerabilidades. Só a partir do reconhecimento do poder como elemento central, é possível pensarmos em projetos emancipatórios, em que os profissionais utilizem o “poder com” os sujeitos numa prática assentada no respeito mútuo, no diálogo, no compartilhar de saberes técnicos e saberes do senso comum.

Para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde Labonte (1996) propõe uma organização das práticas do *empowerment* subdividida em 5 dimensões que são inter-relacionadas e têm interpenetrações. Nos dados interpretados, tanto as agências de socialização como as famílias explicitam grande parte das respostas às necessidades de saúde, sustentadas na dimensão do “cuidado pessoal”, que é considerado como um dos pilares da Promoção da Saúde; porém, muitas vezes, as ações têm mais elementos inibidores do “poder sobre” do que o potencial emancipador do “poder com”.

Nas práticas de fortalecimento das famílias para o desenvolvimento infantil as ações centram-se na dimensão do “desenvolvimento em pequenos grupos”; encontramos atividades desenvolvidas no espaço doméstico, como os arranjos familiares para o cuidado diário, ou para os cuidados no processo de adoecimento das crianças. No espaço da cidadania, as ações desta dimensão também estão presentes nas práticas com as famílias. Já no espaço da comunidade as ações dos pequenos grupos são pouco referidas; as relatadas nas falas dos sujeitos estão relacionadas às instituições religiosas. As atividades nos pequenos grupos potencializam a participação das pessoas nos processos de mudança na sua comunidade.

Das cinco dimensões da prática do *empowerment* três destas denominadas de : “organização comunitária”, “construção de aliança de defesa” e “ação política” suscitam para seu desenvolvimento uma intercessão entre os diferentes espaços de ação, ou seja, trazem as articulações do espaço doméstico, da cidadania e da comunidade, com impacto no processo de trabalho político para mudanças estruturais; portanto são mais complexas para serem desenvolvidas. Essas ações superam as ações da dimensão singular para a dimensão estrutural; porém nos dados interpretados foi possível perceber que as necessidades de saúde foram reconhecidas como reflexo das diferentes dimensões singular, particular e estrutural. Já as respostas às necessidades estão situadas na dimensão singular e particular.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido, utilizando os dados objetivos e subjetivos para apreender as necessidades de saúde na dialética entre as necessidades normativas e sentidas. Os dados objetivos nos permitiram olhar a distribuição das desigualdades sociais no município. Deste modo, foi possível caracterizar os distritos sanitários com auxílio dos indicadores compostos de inserção social e qualidade do domicílio o que permitiu a identificação das iniquidades sociais. Construir o desenho das diferenças sociais no município permite repensar o direcionamento das políticas públicas, para que possam responder às necessidades das famílias em promover o desenvolvimento infantil, especialmente em Curitiba, que já tem um histórico no uso do território para o planejamento de suas ações. A caracterização das famílias contribui para a captação da realidade objetiva, permitindo reconhecer as diferenças existentes dentro do território, retratando as diferenças na produção e reprodução social das famílias. Este olhar pode subsidiar a organização das práticas locais de atenção à saúde das crianças.

A matriz analítica de saúde e bem-estar se mostrou capaz de auxiliar na interpretação dos dados para apreensão das necessidades de saúde das famílias, para ampliar as chances de vida e saúde das crianças, na dinamicidade do potencial de saúde entre chance e vulnerabilidade das famílias para o desenvolvimento infantil saudável. Essa matriz permite organizar os dados a partir do olhar da saúde como recurso para vida, para além das doenças e não unicamente da dimensão física. A interpretação das relações de poder foi organizada segundo os espaços da ação, permitindo identificar as forças existentes nos diferentes espaços das práticas. Estas práticas tanto podem ser permissoras, como inibidoras, dos potenciais de Promoção da Saúde, repercutindo diretamente na autonomia das famílias e grupos.

A análise dos dados mostra as necessidades de saúde das famílias com diferenças tanto na sua apreensão, como na sua satisfação. Assim, é preciso buscar a participação dos diferentes sujeitos neste processo, para que possamos ter uma visão mais concreta que permita a construção de práticas de emancipação que ultrapassem a dimensão singular. Deste modo, essas ferramentas de leitura da realidade, como a matriz analítica para interpretar a saúde e reconhecer os espaços e formas de

produção do poder, pode subsidiar a compreensão dos problemas locais e a elaboração de propostas que visem a mudanças estruturais com a participação dos diferentes atores sociais, especialmente dando voz às famílias. Para tanto é preciso ampliar o foco das ações para uma articulação entre o espaço da cidadania e o comunitário, articulando os diferentes setores para abarcar os determinantes sociais que afetam os modos de andar a vida das famílias.

O dados também demonstram que o espaço doméstico não pode ser o único responsável para promover o desenvolvimento infantil; cumpre haver políticas públicas efetivas que tenham um alcance nos microespaços, com intuito de diminuir as iniquidades. Para tanto é necessário uma ação intersetorial, com rede de proteção social articulada e com finalidades determinadas de forma conjunta com os diferentes sujeitos. Porém, no espaço doméstico, a família pode e deve ser contemplada para manter seu potencial de saúde, valorizando os arranjos próprios, que também contribuem nesta construção de ação para Promoção da Saúde. Assim, é preciso ouvir as famílias e as agências de socialização para buscar respostas que abarquem os espaços políticos, das organizações sociais e as famílias, para que haja efetividade nas ações e amplitude na dimensão dos processos decisórios na macroestrutura, pelo que consideramos necessário que sejam desenvolvidas práticas de *empowerment* na sua totalidade, articulando ações, desde o cuidado pessoal à intervenção de projetos de ação política.

Os resultados reforçam a Promoção da Saúde com potencial para o redirecionamento das práticas, explicitando a necessidade do envolvimento dos diferentes setores da sociedade para a construção de estratégias que atendam às necessidades das famílias, respeitando as diferenças e identificando as desigualdades, conciliando o potencial e as limitações do território, enquanto espaço social, político e econômico. Porém é preciso reforçar o poder das políticas públicas no fortalecimento das famílias, sendo preciso considerar que toda a ação pode aumentar a autonomia; porém pode também ter resultados inibidores ou excludentes; neste caso ela pode ampliar as chances para as famílias promoverem o desenvolvimento infantil ou torna-se fator de vulnerabilidade para a saúde das crianças.

REFERÊNCIAS

Akerman M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos: o chão contra o cifrão. *Cienc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2000 [citado 2007 Set 08];5(1): 115-23. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100010&lng=pt&nrm=iso.

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

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatt D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):655-67.

Becker MJ. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 60-76.

Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Graal; 2004.

Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa: Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Trad. de LE Fonseca. Brasília; 1996.

Briceño-León R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 157-83.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.

Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(Supl. 2):177-85.

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

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Canevacci M. Dialética da família. Gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. São Paulo: Brasiliense; 1982.

Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 2000. p. 93-108.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1088-95.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiros R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Abrasco; 2001. p. 113-26.

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: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 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. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle de agravos respiratórios na infância [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999

Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. Mundo Saúde. 2004;28(1):42-8.

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

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: ABEn; 1999. p. 324-6.

Chiesa AM, Fracoli EA, Sousa MF. Enfermagem academia e saúde da família. Saúde Fam. 2001;(8):52-9.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1995.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl.):15-25.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 51-66.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Curitiba; 2007. [citado 2007 nov. 08]. Disponível em: www.curitiba.pr.gov.br.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil de nascidos vivos em Curitiba. [texto na internet]. Curitiba; 2003. [citado 2005 mar. 08]. Disponível em: http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/perfil_nascidosvivos_2003.pdf.

Draibe SM. Por um reforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 109-30.

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

Ferrari M, Kaloustian SM. A importância da família. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 11-5.

Fleury S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. *Saúde Debate*. 1994;(44):44-52.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 40ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Fundação SEADE. *Pesquisa de emprego e desemprego PED. Sistema de tabulação de microdados*. São Paulo; 2007.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O índice de desenvolvimento infantil (IDI): o IDI no contexto do desenvolvimento humano e dos direitos humanos [texto na internet]. 2001 [citado 2007 ago. 13]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sib2001/idi.htm>.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O índice de desenvolvimento infantil. [texto na internet]. 2006. [citado 2007 mar. 10]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/Pags_108_123_IDI_Abre.pdf.

Gomes JV. Família: cotidiano e luta pela sobrevivência. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. p. 61-72.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000 [CD ROM]. Rio de Janeiro; 2004.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Cadernos Municipais. Caderno Estatístico Município de Curitiba. [texto na internet]. Curitiba, 2007. [citado 2007 mar 02]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOk=ok>.

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). Unidades municipais de saúde por divisão dos distritos sanitários em Curitiba [mapa]. Curitiba; 2005.

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). Planejando a cidade [texto na internet]. Curitiba; 2005a. [citado 2005 fev. 05]. Disponível em: http://www.ippuc.org.br/pensando_a_cidade/index_equipurb.htm.

Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor de saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

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

Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. Health Educ Q. 1994;21(2):253-68.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Mello SL. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. p. 51 -60.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: SMS; 1992. (Cadernos Cefor).

Minayo MCS, Gómez CM. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-42.

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

Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção a saúde: a experiência de Curitiba. *Cienc. Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2004 [citado 2007 abr. 30];9(3):627-41. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso.

Nascimento MAA. O desafio da clínica na saúde da família. *J ABEn*. 2004;46(4):16-8.

Neder G. Ajustando o foco: um olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 26-46.

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

Oliveira DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo das representações sociais [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000. [texto na internet]. 2006. [citado 2006 mar. 10]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)

Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002 – 2005; 2001; Curitiba [texto na internet]. [citado 2004 dez. 10]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/planomunicipaldesaude20022005.pdf>.

Reina CAJ, Chavarro OS. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad enfoque en salud familiar*. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1998.

Rivoredo CRSF. *Cuidar e tratar de criança: breve história de uma prática*. Taubaté: Cabral; 1995.

Robison J, Elkan R. *Health needs assessment theory and practice*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Romanelli G. Autoridade e poder na família. In: Carvalho MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. p. 73-88.

San Martin H. Prólogo da terceira edição. In: Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1991. p. 17-29.

Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Sarcado DP. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. *Mundo Saúde*. 2004;28(1):5-13.

Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol USP*. 2004;15(3):11-28.

Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves R B, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003;7(12):91-112.

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

Stotz EM. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde [texto na internet]. 2005. [citado 2005 mar. 20]. Disponível em: www.redepopsaude.com.br/varal/politica/DesafioSUS.htm.

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.

Takashima GMK. O desafio da política de atendimento à família dar vida às leis: uma questão de postura. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 77-92.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.

Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S, organizadora. *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 157-73.

Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.

Vicente CM. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção de vínculos. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 47-59.

Vitale MAF. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: Carvalho MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. p. 89-96.

Westphal MF, Chiesa AM. A erradicação do trabalho infantil: a contribuição da metodologia de pesquisa. In: Westphal MF, coordenadora, Caricari AM, Camargo MTVF, organizadoras. O compromisso da saúde no campo do trabalho infanto-juvenil: proposta de atuação. São Paulo: Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo; 1999.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagem: WHO, Regional Office for Europe; 1990.

Zancan L, Adesse L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. Cienc Saúde Coletiva. 2004;9(3):739-44.

ANEXO 1



REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of.02/2006.

Curitiba, 20 de março de 2006.

Ilma. Sra.
Verônica de Azevedo Mazza
Nesta

Prezada Pesquisadora

Em atenção à sua solicitação referente à análise do Projeto "**Necessidades da família no cuidado a criança à luz da promoção da saúde**" Protocolo 149/2005, informamos que o mesmo foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Atenciosamente


p/ **Dr. Samuel Jorge Moysés**
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

ANEXO 2

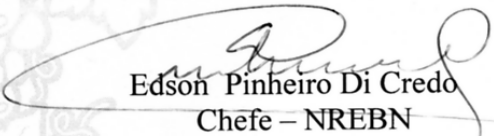


Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Núcleo Regional da Educação Bairro Novo
Rua Tijucas do Sul Nº 1700.
Bairro Sítio Cercado - Curitiba PR
Tel / FAX: (41) 3289-3130
CEP: 81900-080
e-mail: nrebn@sme.curitiba.pr.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que a pesquisadora Sr^a Verônica de Azevedo Mazza, está autorizada a realizar entrevistas nos CMEI'S do NRE-BN, conforme solicitação e roteiro em anexo.

Curitiba, 17 de julho de 2006.


Edson Pinheiro Di Credo
Chefe - NREBN

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Curitiba, ____ de _____ de 2006

Estamos realizando um estudo pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), como parte do programa de doutorado em Saúde Coletiva. O título do estudo é: “**Necessidades das famílias no cuidado à criança à luz da Promoção da Saúde**” que tem como objetivo Aprender as necessidades de saúde percebidas pelas famílias em relação ao cuidado para o desenvolvimento infantil.

Convidamos você para participar do trabalho respondendo a uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos e de (grupos focais) reuniões de um pequeno grupo de seis a doze pessoas. O tempo de duração do encontro não deve ultrapassar de uma hora e meia a duas horas. As reuniões poderão ser gravadas e as informações contidas nestas gravações serão transcritas e posteriormente analisadas, mas não será identificada a fala dos participantes. Estes dados serão utilizados para o desenvolvimento de pesquisa e publicações de artigos em meios científicos, garantindo o anonimato e sigilo dos participantes.

Informo que não encontramos nenhum risco potencial em participar do estudo. O estudo foi aprovado pela Escola de Enfermagem da USP e pelo Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A participação neste estudo é totalmente voluntária. Informo que você tem total liberdade para recusar a assinar este termo de consentimento e mesmo depois de assinado pode deixar de participar em qualquer etapa do trabalho.

Caso aceite participar nesta pesquisa, agradeço sua colaboração e solicito que você assine a declaração de seu consentimento em duas vias.

Atenciosamente

Verônica de Azevedo Mazza¹

Aluna do Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Anna Maria Chiesa²

Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Coletiva.

¹ Endereço da pesquisadora Rua Otávio Saldanha Mazza, 1451 b08 ap 201 Capão Raso. CEP 80130-220 Curitiba-PR telefone (41)-96330541 E-mail mazzas@terra.com.br

²Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP
Telefone: (11)-3066-7652

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

Eu, _____ declaro ter sido informada sobre a proposta de estudo e declaro que concordo voluntariamente em participar da pesquisa com o título: “**Necessidades das famílias no cuidado à criança à luz da Promoção da Saúde**” realizada por Verônica de Azevedo Mazza e orientada por Anna Maria Chiesa.

Aceito em participar da pesquisa.

Concordo que as reuniões do grupo focal sejam gravadas.

Curitiba, ___ de _____ de 2006

Assinatura do participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Curitiba, de de 2006

Estamos realizando um estudo pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), como parte do programa de doutorado em Saúde Coletiva. O título do estudo é: “**Necessidades das famílias no cuidado à criança à luz da Promoção da Saúde**” que tem como objetivo apreender as necessidades de saúde percebidas pelas famílias em relação ao cuidado para o desenvolvimento infantil.

Convidamos você para participar do trabalho respondendo a uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos. A entrevista poderá ser gravada e as informações fornecidas na entrevista serão analisadas posteriormente, sem identificar os informantes. Estes dados serão utilizados para o desenvolvimento de pesquisa e publicação de artigos em meios científicos, garantindo o anonimato e sigilo dos participantes.

Informo que não encontramos nenhum risco potencial em participar do estudo. O estudo foi aprovado pela Escola de Enfermagem da USP e pelo Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A participação neste estudo é totalmente voluntária. Informo que você tem total liberdade para recusar a assinar este termo de consentimento e mesmo depois de assinado pode deixar de participar em qualquer etapa do trabalho.

Caso aceite participar nesta pesquisa, agradeço sua colaboração e solicito que você assine a declaração de seu consentimento em duas vias.

Atenciosamente

Verônica de Azevedo Mazza³

Aluna do Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Anna Maria Chiesa⁴

³ Endereço da pesquisadora Rua Otávio Saldanha Mazza, 1451 b08 ap 201 Capão Raso. CEP 80130-220 Curitiba-PR telefone (41)-96330541 E-mail mazzas@terra.com.br

⁴Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Coletiva.

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP
Telefone: (11)-3066-7652

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro ter sido informada sobre a proposta de estudo e declaro que concordo voluntariamente em participar da pesquisa com o título: “**Necessidades das famílias no cuidado à criança à luz da Promoção da Saúde**” realizada por Verônica de Azevedo Mazza e orientada por Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa.

- Aceito em participar da pesquisa.
- Concordo que a entrevista seja gravada.

Curitiba, de de 2006

Assinatura do participante

ANEXO 4

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Entrevista Nº _____ Data _____ Área _____ Micro-área _____

Dados do respondente

Nome: _____
 Endereço: _____ Fone _____
 Idade _____ escolaridade _____
 Relação com a criança: _____

Chefe da família

Quem é o chefe da família? _____
 Escolaridade do chefe: () analfabeto () 1ª a 4ª série () 5ª a 8ª () ensino médio () superior () pós graduação _____
 Qual ocupação? _____
 Qual a renda mensal? _____
 () sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () >1 a 2sm; () >2 a 5sm; () >5sm
 Alguém mais na família tem trabalho remunerado? () sim; () não
 Quem? _____
 Qual o trabalho? _____
 Qual a renda mensal? _____
 () sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () >1 a 2sm; () >2 a 5sm; () >5sm

Composição da família

Nome:	Idade	sexo	Relação de parentesco com o chefe da família

Dados da mãe ou responsável

Idade: (_____)
 Escolaridade: _____
 Estado civil da mãe
 () solteira; () casada; () separada; () em união, () outros _____.
 Nº filhos vivos e mortos da mãe: () Filhos vivos () Filhos mortos
 Mãe trabalha fora? () Sim () Não
Em caso positivo qual o vínculo empregatício?
 () Sem vínculo () com carteira assinada () temporário
 Qual seu rendimento mensal? _____ () sem renda; () até 0,5 sm; () >0,5 a 1 sm; () >1 a 2sm; () >2 a 5sm; () >5sm
 Quanto tempo passa fora de casa? _____
Se trabalhava antes, por que parou de trabalhar? _____
 Pretende retornar? () sim () não _____

Cuidado com as crianças

Quem cuida das crianças? _____
 irmão, idade ____; pai; mãe; vizinho; empregada
 creche; pública; particular; comunitária; outros _____
 Esse cuidado é pago? sim; não quanto? _____
 Você faz acompanhamento de saúde do seu filho sim não
 Onde? _____ Quando? _____
 Por quê? _____
 Quando seu filho tem algum problema de saúde onde você procura ajuda? _____
 Você tem algum plano de saúde? sim não
 qual? _____
 Você participa de alguma atividade no seu bairro (religioso, dança, estudo, associações, escola no bairro)?
 sim não qual? _____

Indicadores de inserção social

Condição de ocupação do domicílio: própria alugada cedida outros _____
 Escolaridade do chefe: analfabeto; 1ª a 4ª série; 5ª a 8ª; ensino médio comp.; ensino médio incomp.; superior; pós graduação _____
 Renda familiar _____ Renda *per capita*: _____
 sem renda até 0,5 sm >0,5 a 1 sm >1 a 2sm >2 a 5sm >5sm

Indicadores de Qualidade do Domicílio

Tipo de construção? alvenaria madeira mista outro
 Quantos cômodos têm a casa (incluir banheiro interno)? 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 ou mais.
 Quantos cômodos são usados para dormir? _____ 1; 2; 3; >4.
 De onde vem água usada na casa? Rede pública; poço artesiano; outros _____
 encanada interna; encanada externa; não tem água encanada.
 Como é a privada? sem sanitário; coletivo; interno; externo; com rede esgoto; sem rede de esgoto.
 O que faz do lixo? coleta pública direta; coleta pública indireta, sem coleta; vala; queima; outros _____

ANEXO 5

GUIA TEMÁTICO PARA O GRUPO FOCAL

Que crianças vocês conhecem que vocês consideram saudáveis? Por quê?

Para vocês quais os principais problemas de saúde das crianças?

Como você e sua família percebem que a criança se está desenvolvendo bem? Por quê?

O que vocês consideram necessário para a criança crescer saudável?

Quais as facilidades que sua família tem para ajudar no crescimento e desenvolvimento da criança?

Quais as dificuldades que a família enfrenta para ajudar no crescimento e desenvolvimento das crianças?

Quais são as formas de apoio que a sua família utiliza para ajudar no crescimento e desenvolvimento das crianças?

Para vocês que é que mudou na sua família depois do nascimento dos filhos?

Que tipo de apoio você encontra no bairro para ajudar sua família no cuidado dos seus filhos?

Que é que vocês acham que falta no seu bairro para ajudar a sua família no cuidado dos seus filhos?

De que é que vocês sentem falta no bairro e que poderia ajudar no cuidado dos seus filhos?

Existe alguma coisa que não foi exposta e sobre a qual você gostaria de conversar ou algo sugerir?

ANEXO 6

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM REPRESENTANTES DAS AGÊNCIAS DE SOCIALIZAÇÃO

Entrevista N° _____ **Data** _____

Identificação

Caracterização da agência de socialização

Nome _____ da _____ instituição social: _____

Tipo de instituição: _____

Tempo de funcionamento na cidade _____ e no bairro: _____

Caracterização do representante

Escolaridade: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Atividade que desempenha: _____

Tempo em que trabalha na instituição: _____

Guia de questões

Quais as crianças que você considera saudáveis? Por quê?

Quais os principais problemas de saúde das crianças deste bairro?

Para você, que é que muda para as famílias, a partir do nascimento dos filhos?

Como você percebe que a criança se está desenvolvendo bem?

Que é que você considera necessário para o desenvolvimento saudável da criança?

Para você que é que facilita para as famílias cuidarem bem do seu filho?

Para você quais as principais dificuldades que as famílias têm para cuidar melhor das crianças?

Para você que é que o bairro tem que ajuda as famílias no cuidado da criança?

Para você que é que falta na comunidade para ajudar as famílias no cuidado da criança?

De que forma este serviço contribui para que as famílias ajudem eficazmente no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança?

Existe algum assunto que não foi exposto e que você gostaria de sugerir ou sobre ele conversar?

ANEXO 7

CONJUNTO DE VARIÁVEIS PARA CONFORMAÇÃO DO INDICADOR DE INSERÇÃO SOCIAL

Tabela 11 - Condição de ocupação do domicílio por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Condição de ocupação do domicílio					
	Próprio		Alugado		Outros	
	%	abs.	%	abs.	%	abs.
Boqueirão	71,00	38.996	19,00	10.569	9,80	5.400
Cajuru	77,00	42.222	13,00	7.077	9,70	5.297
CIC	79,00	34.420	11,00	4.958	9,80	4.280
Boa Vista	77,00	50.872	17,00	11.048	6,40	4.050
Portão	75,00	50.159	19,00	12.896	5,90	3.955
Matriz	69,00	50.853	25,00	18.449	5,20	3.878
Bairro Novo	77,00	26.543	13,00	4.444	10,50	3.654
Pinheirinho	75,00	25.149	16,00	5.237	8,80	2.966
Santa Felicidade	77,00	34.154	17,00	7.320	6,00	2.677

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Tabela 12 - Renda do chefe da família por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Renda do chefe da família por distrito sanitário em Curitiba											
	s/ren a <0,5		0,5<1,0		1,0<2,0		2,0 a <5,0		5,0 a <10		≥10,	
	abs	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bairro Novo	3130	8,88	2792	7,92	6871	19,50	15314	43,45	5841	16,57	1289	3,65
Boa Vista	3677	5,57	4409	6,68	8231	12,48	19422	29,44	16163	25,50	14068	39,92
Boqueirão	3696	6,72	3748	6,81	7676	13,95	18640	33,87	13618	24,74	7655	13,90
Cajuru	4839	8,71	4285	7,72	8233	14,83	17718	31,90	11809	21,26	8649	15,57
CIC	3617	8,28	3685	8,44	8413	19,27	17838	40,85	8071	18,48	2035	4,66
Matriz	2586	3,53	1600	2,19	2865	3,91	10279	14,04	16678	22,78	39180	53,53
Pinheirinho	2667	8,00	2895	8,68	6460	19,37	12972	38,89	5946	17,82	2412	7,23
Portão	3066	4,58	3893	5,81	6981	10,42	17260	25,75	17268	25,76	18541	27,66
Santa Felicidade	2207	4,91	2764	6,15	4874	10,85	11799	26,27	9576	21,37	13689	30,48

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Tabela 13 - Anos de instrução do chefe da família por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Anos de instrução do chefe da família											
	Sem		1 a 3		4 a 7		8 a 10		11 a 14		≥15	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bairro Novo	2368	7,09	5490	16,45	11539	34,57	7362	22,06	6127	18,36	484	1,45
Boa Vista	2282	3,46	6218	9,44	15862	24,09	11003	16,71	19990	30,36	10483	15,92
Boqueirão	2398	4,69	5875	11,47	15659	30,59	10666	20,84	16052	31,36	527	1,02
Cajuru	2970	5,38	6399	11,60	15564	28,23	9633	17,47	14502	26,31	6049	10,97
CIC	2849	6,54	6121	14,05	14908	34,23	8790	20,18	9605	22,05	1275	2,92
Matriz	714	0,97	2097	2,87	6929	9,49	6367	8,78	23158	31,74	33681	46,17
Pinheirinho	2104	6,32	5281	15,57	11914	35,81	6188	18,60	6499	19,53	1281	3,85
Portão	2294	3,31	7873	11,36	14057	20,28	9545	13,77	21802	31,46	13713	19,79
Santa Felicidade	1604	3,90	4257	9,43	10093	22,36	6158	13,64	12240	27,12	10772	23,87

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

ANEXO 8

CONJUNTO DE VARIÁVEIS PARA CONFORMAÇÃO DO INDICADOR DE QUALIDADE DO DOMICÍLIO

Tabela 14 - Acesso à água por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Acesso à água					
	Canalizada interna				Canalizada	
	Rede pública		Outra fonte		Externa	
	abs	%	abs	%	abs	%
Bairro Novo	34386	95,00	385	1,06	1039	2,86
Boa Vista	64693	95,98	642	0,95	1422	2,10
Boqueirão	53687	96,12	397	1,26	1370	2,44
Cajuru	54175	97,69	89	0,16	1103	1,98
CIC	43221	98,12	120	0,27	585	1,32
Matriz	71935	95,68	985	1,30	1274	1,69
Pinheirinho	31865	92,27	468	0,01	1733	5,00
Portão	66423	98,29	257	0,37	638	0,94
Santa Felicidade	43854	95,06	544	1,37	1187	2,56

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Tabela 15 - Condição sanitário por distrito sanitário Curitiba -2007

Distritos Sanitários	Condições Sanitárias					
	Rede esgoto		Sem rede		Ausência	
	abs	%	abs	%	abs	%
Bairro Novo	19920	56,40	15238	43,00	157	0,44
Boa Vista	50914	77,17	14865	23,00	191	0,28
Boqueirão	41943	76,30	12862	23,00	161	0,29
Cajuru	45435	82,82	8905	16,00	515	0,93
CIC	32915	75,82	10282	27,00	212	0,48
Matriz	72098	98,50	1036	1,41	46	0,06
Pinheirinho	18869	56,57	14123	42,00	360	1,07
Portão	57322	85,54	9528	14,00	161	0,24
Santa Felicidade	26491	58,98	18333	41,00	85	0,18

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Tabela 16 - Destino do lixo por distrito sanitário Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Destino do lixo					
	Coleta direta		Coleta indireta		Sem coleta	
	abs	%	abs	%	abs	%
Bairro Novo	34369	97,30	764	2,20	182	0,50
Boa Vista	65081	98,62	725	1,08	164	0,46
Boqueirão	53726	97,72	1020	1,85	219	0,39
Cajuru	52222	94,53	2510	4,54	494	0,89
CIC	40377	92,44	2929	6,70	353	0,80
Matriz	72676	99,29	490	0,66	13	0,01
Pinheirinho	32224	96,58	739	2,21	389	1,16
Portão	66338	99,03	583	0,87	50	0,07
Santa Felicidade	43981	98,88	765	1,70	163	0,36

Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000

Tabela 17 - Aglomeração por domicílio nos distritos sanitários Curitiba - 2007

Distritos Sanitários	Domicílios	Aglomeração por domicílio							
		1 a 3		4 a 6		7 a 9		≥10	
		%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
Bairro Novo	35474	48,41	16913	47,01	16445	4,10	1438	0,38	136
Boa Vista	66744	54,25	35855	42,58	28144	2,70	1823	0,25	168
Boqueirão	55749	52,58	28905	44,13	24279	2,90	1629	0,27	151
Cajuru	55730	51,11	28231	44,71	24716	3,70	2056	0,40	223
CIC	43954	50,40	22006	44,85	19608	4,20	1856	0,43	190
Matriz	76637	70,38	51511	28,46	20854	1,01	744	0,10	71
Pinheirinho	33845	51,42	17150	44,39	14827	3,72	1245	0,38	129
Portão	67855	57,32	36679	39,97	25598	2,38	1529	0,27	175
Santa Felicidade	45791	39,10	25044	41,54	18672	2,39	1078	0,25	115

Fonte: IBGE- Censo Demográfico 2000