

WESLEY DANTAS DE ASSIS

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE
PUERICULTURA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Neusa Collet

**JOÃO PESSOA – PB
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

WESLEY DANTAS DE ASSIS

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE
PUERICULTURA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)**

Aprovada em / / 2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neusa Collet
(Orientadora / UFPB)

Profa. Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo
(Membro / UFRN)

Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá
(Membro / UFPB)

Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
(Suplente / UFPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de vida, agradeço por todas as decisões tomadas nesta Pesquisa.

Aos meus pais, Fleudoaldo e Terezinha Dantas, pelo exemplo de amor, educação e humildade;

Aos meus irmãos, Emanuel Carlo, Cícero Henrique, Malba Delian e Aleksandra Dóris, pelo incentivo e dedicação constantes;

À minha esposa, Meryeli, pelo companheirismo e apoio incondicional, especialmente, por fazer parte da minha história.

Ao meu sogro e família, pela atenção e incentivo à pesquisa.

À minha orientadora, Neusa Collet, pelo apoio constante à pesquisa. Obrigado por ser um exemplo de professora.

Aos professores da Banca de dissertação, pela atenção e apoio, o meu sincero obrigado.

A professora Altamira Reichert, pelas importantes contribuições ao longo da pesquisa.

Aos meus colegas de turma, pelo carinho e companheirismo ao longo desta jornada.

A todos os profissionais de Saúde do Município, em especial às colegas de profissão, que diretamente contribuíram para este estudo;

A todos os funcionários do Mestrado em Enfermagem, que direta ou indiretamente contribuíram para esta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Assistência à Saúde Infantil no Mundo.....	20
2.2 Assistência à Saúde Infantil no Brasil.....	20
2.3 O Processo de Trabalho.....	31
2.4 O Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem.....	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
3.1 Tipo de Estudo.....	42
3.2 Cenário da Pesquisa.....	43
3.3 Sujeitos da Investigação.....	44
3.4 Produção do Material Empírico.....	45
3.5 Análise do Material Empírico.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 A Criança e a Prática da Puericultura.....	49
4.2 Ferramentas utilizadas pela Equipe de Enfermagem no Processo de Trabalho..	58
4.3 Entraves à Prática da Puericultura nas Ações de Saúde da Criança.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	84

APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de Observação

Apêndice II – Roteiro da Entrevista

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
CAIC	Centro de Atenção Integrado da Criança
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISMC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
PRONAICA	Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

RESUMO

ASSIS, W. D. de. **O processo de Trabalho da Enfermagem, nas Ações de Puericultura, em Unidades de Saúde da Família (USF)**. 91 fls. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2009.

A Estratégia Saúde da Família constitui-se em um projeto para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da Atenção Básica. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, cujo objetivo foi analisar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, que atua no desenvolvimento de ações de puericultura, em Unidades de Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de Enfermagem (enfermeiros e auxiliares), que realizaram ações de puericultura, em um município do interior da Paraíba. A coleta de dados foi efetuada nos meses de março a abril de 2008. Utilizaram-se a observação participante, como técnica nuclear, e a entrevista semi-estruturada, como técnica complementar, cujos roteiros possuem questões norteadoras sobre a temática em estudo. A análise dos dados seguiu os fundamentos da análise temática, e o material produzido foi organizado, obedecendo aos seguintes passos: ordenação, classificação e análise propriamente dita. Os resultados revelam que a organização do processo de trabalho das equipes está centrada em procedimentos, com uma oferta de assistência baseada na patologia do usuário, restringindo-se à dimensão biológica do adoecer. Assim, a maioria das ações de saúde, promovidas pelos profissionais, não viabiliza a participação dos usuários. As consultas de enfermagem em puericultura demonstram entraves para uma abordagem clínica ampliada. Os sujeitos da pesquisa reconhecem a importância da puericultura como ferramenta de assistência à saúde da criança na atenção básica, no entanto salientam a existência de fragilidades e contradições em sua prática. O acompanhamento da saúde da criança é muito importante na Estratégia Saúde da Família, notadamente quando funciona como um mecanismo favorável à abertura de espaços, para a promoção de vínculo e responsabilização entre usuários e equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Puericultura. Enfermagem. Trabalho.

ABSTRACT

ASSIS, W. D. de. **The nursing work process in the child care actions in Family Health Units.** 91 pgs. 2009. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Health Sciences Centre, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2009.

The Family Health Strategy consists in a project to reorient the assistance model through the organization of the Basic Attention. The present study is a research of a qualitative approach of the exploratory-descriptive kind, whose objective was to analyze the work process of the nursing team that acts in the development of child care actions in Family Health Units. The subjects of the research were nursing professionals (nurses and nurse assistants) that had done child care actions in the municipal district of Paraíba state. The data collection was made in the period of March and April of 2008. The direct observation was used, as nuclear technique; and the semi-structured interview was used, as a complementary technique, whose scripts have guiding questions about the studied theme. The data analysis followed the foundations of the thematic analysis and the produced material was organized obeying the following steps: ordination, classification and the analysis itself. The results reveal that the organization of the work process of the teams remain, still, centered in procedures with an assistance offer based in the pathology of the user being restricted to the biological dimension of the illness process. This way, the majority of the health actions promoted by the professionals do not make feasible the participation of users. The nursing consults in child care demonstrate obstacles for an amplified clinical approach. The subjects of the research recognize the importance of child care as assistance tool for child health in the basic attention, however, accentuate the existence of fragilities and contradictions in their practice. The accompaniment of the health of the child is very important in the Strategy Health of the Family, noticeably when the Family Health Strategy works as a favorable mechanism for the opening of space for the promotion of bond and responsibility between users and nursing team.

Key-words: Family Health Strategy. Child Care. Nursing. Work.

RESUMEN

ASSIS, W.D. de. **El proceso de la enfermería en las acciones del cuidado de niños en Unidades de la Salud de la Familia.** 91 pgs. 2009. Disertación (masters en el oficio de enfermera) - centro de las ciencias de la salud, Universidade da Federal Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2009.

La Estrategia de la Salud de la Familia consiste en un proyecto para reorientar el modelo de la ayuda con la organización de la atención básica. El actual estudio es una investigación de un acercamiento cualitativo de la clase exploratorio-descriptiva, cuyo objetivo era analizar el proceso del trabajo del equipo del oficio de enfermera que actúa en el desarrollo de las acciones del cuidado de niños en Unidades de la Salud de la Familia. Los temas de la investigación eran los profesionales del oficio de enfermera (las enfermeras y los ayudantes de la enfermera) que habían hecho acciones del cuidado de niños en el distrito municipal del estado de Paraíba. La colección de datos fue hecha en el período de marzo y de abril de 2008. La observación directa fue utilizada, como técnica nuclear; y la entrevista semi-estructurada fue utilizada, como técnica complementaria, cuyas escrituras tienen preguntas rectoras sobre el tema estudiado. El análisis de datos siguió las fundaciones del análisis temático y el material producido fue organizado que obedecía los pasos siguientes: ordenación, clasificación y el análisis sí mismo. Los resultados revelan que la organización del proceso del trabajo de los equipos sigue, todavía, centrada en procedimientos con una oferta de la ayuda basada en la patología del usuario que es restringido a la dimensión biológica del proceso de la enfermedad. Esta manera, la mayoría de las acciones de la salud promovidas por los profesionales no hace factible la participación de usuarios. El oficio de enfermera consulta en cuidado de niños demuestra los obstáculos para un acercamiento clínico amplificado. Los temas de la investigación reconocen la importancia del cuidado de niños como herramienta de la ayuda para las saludes infantiles en la atención básica, sin embargo, acentúe la existencia de fragilidades y de contradicciones en su práctica. El acompañamiento de la salud del niño es muy importante en la Salud de la Estrategia de la Familia, perceptiblemente cuando la estrategia de la salud de la familia trabaja mientras que un mecanismo favorable para la abertura del espacio para la promoción del enlace y la responsabilidad entre los usuarios y el oficio de enfermera team.

Palabras claves: Estrategia de la Salud de la Familia. Cuidado de niños. Oficio de enfermera. Trabajo.

1 INTRODUÇÃO

As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, educação, vestuário e alimentação. Segundo Collet e Rocha (2001), apesar de todas essas preocupações com a criança, a pediatria irá aparecer como especialidade médica somente na segunda metade do século XIX; e na Enfermagem, nas primeiras décadas do século XX, surge em conformidade com as necessidades básicas de higiene, apresentadas pela sociedade em geral e pelo desenvolvimento médico na área.

A pediatria é a especialidade que dedica assistência à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles de promoção de saúde, prevenção ou reabilitação. A ação pediátrica é realizada por profissionais de saúde e se inicia desde a gestação, estendendo-se até o final da infância.

Desde 1960, a legislação federal tem garantido direitos e serviços às crianças, incluindo condições para a intervenção precoce, a prática da imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

A partir da Reforma Sanitária no final da década de 1970, passando pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e Estratégia Saúde da Família (ESF), o setor saúde vem participando de um processo que almeja transformar o atual modelo biomédico, curativo, individual, em um modelo coletivo, comunitário e preventivo de assistência à população.

Segundo o capítulo VI da Declaração de Alma Ata (1978), os cuidados de saúde são essenciais ao ser humano e devem ser baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o Estado possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

O apelo lançado na cidade de Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas. De acordo com esta Declaração, as ações dos diferentes atores internacionais deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de “saúde para todos no ano 2000”, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e os desenvolvidos.

Outro importante documento na área de promoção à saúde foi a Carta de Ottawa (1986), marco referencial que definiu como principais estratégias: desenvolvimento de habilidades pessoais; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde sob o marco da promoção da saúde, e a construção de políticas públicas saudáveis.

A promoção e prevenção da saúde são componentes fundamentais dos projetos terapêuticos e das linhas de cuidado nos ciclos de vida. No enfoque individual ou familiar, estas atuam no sentido de proporcionar autonomia aos sujeitos, fornecendo-lhes informações, habilidades e instrumentos que os tornem aptos para escolhas de comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais produtores de saúde.

Na área da saúde da criança, a promoção de saúde integral e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde no país. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade encontrada no país.

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde (MS). Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento mais humano e de melhor qualidade para a população brasileira. Com isso, cada vez mais a Enfermagem vem ganhando importância na saúde, em especial na área de saúde pública.

As ações de saúde que visam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças já são prioridades assumidas pelos gestores e profissionais de saúde. Agora o MS quer reforçar esse compromisso com estados e municípios para, juntos, construir um pacto em prol da redução da mortalidade infantil e garantia de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira (BRASIL, 2004).

No Sistema Único de Saúde (SUS), e a partir dele, tem-se investido na consolidação de estratégias que possam operar os diferentes níveis de saúde. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual é conferido um papel importante à

promoção de saúde no conjunto de ações sobre a responsabilidade da atenção básica e, em especial, da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A história da ESF tem início quando o MS criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de abrangência. Segundo o MS (BRASIL, 2005), uma das características da ESF é sua grande capilaridade, ou seja, a possibilidade de levar saúde a lugares de difícil acesso e a povos historicamente esquecidos pelo poder público.

As ações de promoção de saúde no âmbito da ESF devem estar voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos vulneráveis que vivem no território de abrangência das equipes de saúde e para o ambiente físico e social do território. A ESF está inserida no contexto da Atenção Básica em Saúde (ABS) de cada município.

Dentre os diferentes níveis de atenção em saúde, destacam-se aqueles que se propõem a oferecer ABS. Esta constitui uma política em nível de atenção em saúde que envolve profissionais com grande base de conhecimento, atuando em uma visão interdisciplinar, e com o objetivo de aumentar a resolução dos problemas, sem causar elevação dos custos (DEL CIAMPO, 2006).

De acordo com o MS (BRASIL, 2007), ABS é um conjunto de ações de saúde que engloba promoção, prevenção, diagnóstico e prestação de cuidados. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, democráticas, participativas e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade.

A ABS orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Tem como características principais um conjunto de ações práticas que requerem uma grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e/ou científicos. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Uma terminologia muito utilizada como sinônimo da ABS é a Atenção Primária em Saúde (APS). A APS é um termo aceito internacionalmente, no entanto tem sido historicamente implantado, em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos (STARFIELD, 2002).

Segundo Ribeiro (2007), a APS vem sendo estudada por diferentes autores no Brasil, sob perspectivas diversas. Ao longo do tempo, adquire sentido, como tecnologia simplificada, nível de atenção, cuidados primários e atenção básica. Isto provavelmente influenciou o MS a criar a expressão ABS, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na Conferência de Alma-Ata, com a adoção do enfoque promocional da saúde.

Vale aqui destacar que a ABS trabalha com a compreensão da focalização da família, enquanto a APS está baseada no conceito ampliado de saúde e da promoção da saúde. A ABS ocupa desde a 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 1977, lugar de destaque entre as ações de saúde, empreendidas nas últimas três décadas em todo o mundo. Após a Conferência de Alma-Ata, elas foram reconhecidas como ações integrais e permanentes que devem compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade.

Os cuidados primários na ABS representam o primeiro nível de contato dos indivíduos e comunidade com o sistema nacional de saúde, por meio do quais os cuidados de saúde são postos mais próximos possíveis aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde dentro de uma cidade.

A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país ainda hoje. A tarefa de coordenar em nível local o incremento da ABS, com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento, parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais, como a Programação Pactuada Integrada.

Na ABS, a assistência à saúde da criança é realizada, desde a gravidez, e se estende até o início da puberdade. Inserida na equipe de saúde, a enfermagem, com ações de pediatria, vem sendo norteada como parte de um processo coletivo, composto de áreas técnicas específicas, como a medicina, a fisioterapia e a odontologia, reconhecida como de grande destaque no campo da saúde. Na pediatria, temos a puericultura como uma área de atuação do enfermeiro. É por meio desta, que os profissionais de enfermagem têm a possibilidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de cada criança, cadastrada em sua Unidade de Saúde da Família (USF).

Para nortear as ações na área da Puericultura, o MS (BRASIL, 2005) definiu “puericultura como uma área da pediatria, voltada principalmente para os aspectos da prevenção e promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável, a fim de garantir seu pleno desenvolvimento”.

De acordo com Del Ciampo (2006), os objetivos da puericultura contemplam promoção da saúde infantil, prevenção de doenças, e educação à saúde da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes.

Há quatro anos, o MS lançou um documento denominado “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil” no qual destaca como princípios norteadores na área de assistência à criança: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; acesso universal; acolhimento; responsabilização; assistência integral; assistência resolutiva; equidade e avaliação permanente e sistematizada, desenvolvida por todos os profissionais das USFs (BRASIL, 2004).

Este documento chama a atenção para um modo diferente de se organizar o trabalho na ABS, em saúde infantil, pois enfatiza que toda a criança, ao chegar à USF, deve ser escutada pelos profissionais, a fim de se estabelecer uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Além disso, ressalta que a consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança. Sendo assim, toda a equipe deve participar da assistência e resolução do problema da criança, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção, garantindo a continuidade da assistência.

Além dos princípios norteadores, a Agenda estabelece linhas de cuidado às crianças, tais como: incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD); alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; prevenção de acidentes e maus-tratos/violência com as crianças.

A realização dessas ações pela equipe de enfermagem constitui uma importante ferramenta na atenção à saúde da criança. Trata-se de uma estratégia que visa assistir às crianças de forma integral, porque, por meio dela, o profissional tem condições de detectar precocemente os mais diferentes agravos das áreas do crescimento, da nutrição e do

desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Além disso, deve constituir um momento importante de educação à saúde junto às famílias das crianças.

As práticas de atenção, desenvolvidas pelo enfermeiro, são vinculadas ao Programa de Assistência à Saúde da Criança, sendo realizadas por meio de consultas de enfermagem e orientações básicas referentes à higiene alimentar e importância do aleitamento materno. As ações do enfermeiro, na consulta de puericultura, têm como finalidade prestar assistência à criança de forma integrada e individualizada, identificando suas necessidades e atuando com intervenções que favoreçam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006).

Para praticarmos uma assistência de qualidade junto às crianças cadastradas em cada USF, devemos compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Ao longo desta pesquisa, iremos adotar o conceito de assistência à saúde da criança considerada como ser integrado a uma família e comunidade, cujos profissionais de saúde devem priorizar as ações preventivas durante o acompanhamento e desenvolvimento das ações de saúde na infância. Além disso, é válido destacar que cada USF deve funcionar como o primeiro contato entre a criança e o serviço municipal de atenção à saúde infantil.

Dessa forma, de acordo com Starfield (2002), devemos ter em mente a idéia de que existe um ponto de entrada, cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto deve ser de fácil acesso e inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, incorrendo em gastos adicionais e perda da qualidade da assistência.

O fácil acesso aos serviços de saúde contribui para a redução dos problemas de uma determinada população, na medida em que a população dispõe de profissionais capacitados, para prestar assistência de forma contínua e integral. Para isso ocorrer, é necessário que profissionais e comunidade caminhem com o mesmo objetivo. A enfermagem faz parte deste processo, uma vez que é constituída por profissionais de nível superior e médio, que têm diversos papéis, funções e responsabilidades no cuidado à saúde do ser humano, na família e na comunidade, implicando o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

De acordo como Mdlor (2001), as ações de enfermagem para a promoção da saúde da criança devem delinear-se com o objetivo de influir no processo saúde-doença da criança, fortalecendo as ações dos usuários/famílias e de outras pessoas que possam influenciar o desenvolvimento dessas crianças, buscando superar riscos potenciais. Entre as ações realizadas pelo enfermeiro na ABS, está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças menores de cinco anos de idade, com seguimento agendado, as quais contam com a participação de vários profissionais, favorecendo a busca de um trabalho interdisciplinar.

A forma como estão organizados os serviços e ações de saúde municipais para prestar cuidado às crianças, mesmo com os 20 anos de construção do SUS, caracteriza-se por uma centralidade nas ações curativistas, individuais e com grande demanda para utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos que utilizam tecnologia de custo elevado. O seguimento da criança na USF deveria ser estruturado, conforme o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança do MS, que propõe sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma por ano, a partir do terceiro ano de vida, até a criança completar cinco anos de idade, no entanto essa prática não tem sido efetivada.

O SUS enfatiza que produzir saúde implica a organização de processos de trabalho que operem em diferentes planos de cuidado, os quais co-existem num mesmo território de saúde, grupo e/ou sujeito, sem perder de vista o imperativo da integralidade para uma ação sanitária efetiva. Assim, produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e de emancipação dos sujeitos implica rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e a articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a interferir nos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos que podem propiciar saúde e bem-estar às pessoas.

Após uma década de descentralização do setor e da diversidade de experiências de gestão local, e apesar de conhecermos a importância da puericultura dentro da ESF, a realidade é que ainda são poucos os estudos e pesquisas de caráter avaliativo, tratando de qualificar as inúmeras mudanças em curso. Assim, a proposta desta pesquisa é discutir aspectos referentes às práticas de puericultura junto às crianças menores de cinco anos de idade, tendo como eixo a proposta de reorganização do processo de trabalho da equipe de enfermagem que atua na ABS. Buscamos qualificar o contexto de mudanças e inovações deflagrado a partir de um conjunto de medidas, de programas e de normas, voltadas para a chamada atenção integral e ESF. São medidas deliberadas de indução a uma maior

organização ou reorganização da porta de entrada aos serviços de saúde, cujo pressuposto, ao que parece, envolve uma alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade.

Dessa forma, parece útil, para o avanço da reflexão no campo da saúde coletiva e para o rumo do debate em torno da descentralização da política de saúde, analisar e sistematizar algumas das principais questões em torno da prática das ações pediátricas, por parte da equipe de enfermagem que atua na ESF. Mais do que trazer novos dados ou informações, procuramos aqui uma reflexão sobre os termos do debate da política voltada para a atenção a saúde da criança no município.

A forma de organização do trabalho das equipes de enfermagem, que atuam nas USFs, não vem privilegiando alguns fatores destacáveis dentro da ESF, como o trabalho em equipe, a integralidade, o vínculo com a comunidade e a co-responsabilidade e participação dos usuários nas ações de saúde da criança, evidenciando o esgotamento dos modelos de atenção tradicionalmente disponíveis, e criando necessidades urgentes de mudanças quanto à organização do processo de trabalho de todas as equipes de saúde locais.

A transformação necessária ao processo de trabalho, trazida pelo investimento na ABS, configura-se como um marco que transpõe a discussão dos recursos humanos na saúde para o primeiro plano. Com isso, uma maior visibilidade passa a ser dada para questões como o cuidado e a interação entre os atores sociais envolvidos neste processo. Nesta perspectiva, o cuidado pode ser visto como uma "potencialidade reconciliadora", um eixo restaurador de valorização dessas práticas.

Ao longo de três anos atuando na ESF, em um município do interior da Paraíba, não venho realizando puericultura na USF onde trabalho, devido a vários fatores, destacando dificuldade de acesso das famílias à USF (muitas famílias residem a mais de 15 km de distância); descompromisso de toda a equipe de saúde; ausência de um cronograma que enfatize a prática de puericultura; falta de apoio por parte da gestão municipal; costumes das mães de trazerem as crianças apenas quando estas se encontravam doentes. É importante destacar que estas dificuldades também foram expressas por outros enfermeiros do município.

O sucesso da realização da puericultura e outras práticas de assistência à saúde da criança dependem da identificação da totalidade das crianças, e de que a busca ativa das crianças que não vêm à USF seja a mais precoce possível. Assim, o MS, desde 2004, recomenda a realização da Agenda da Criança para todas as crianças, acompanhadas, desde o

nascimento até completarem 10 anos de idade, independentemente de referirem ou não comportamento de risco. A importância de se atingir cobertura universal é ainda maior, ao se considerar que se trata de prevenir doenças e agravos inoportunos que acometem muitas das crianças cadastradas em cada USF.

Decidimos estudar a temática da puericultura e sua prática na ESF devido ao fato de saber que, apesar de o município possuir 100% de cobertura de ESF, muitas crianças estão deixando de se submeter à puericultura, seja por dificuldade de acesso e/ou pela qualidade da atenção das equipes de saúde. Tendo em vista estas dificuldades, visamos subsidiar profissionais de enfermagem, no tocante à prática de puericultura no seu dia-a-dia de trabalho.

Para isso, recomendamos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos de idade, por meio de algumas medidas efetivas, segundo o MS, tais como: incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção à saúde bucal e prevenção de acidentes e maus-tratos/violência com as crianças.

Até o momento, não participamos de nenhuma qualificação profissional que abordasse ações de assistência à saúde das crianças, fato que não ocorre com outras áreas, como o pré-natal ou o acompanhamento e rastreamento de doenças inoportunas, como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e câncer de colo de útero. A gestão municipal, até o momento, não ofereceu aos enfermeiros qualificação nessa área.

A saúde da criança na cidade vem se reestruturando desde 1995, especialmente com a implantação da ESF, a partir de meados da década passada. Um exemplo concreto disso é que os índices de mortalidade infantil e baixa cobertura vacinal têm diminuído bastante nos últimos anos. Na maioria dos casos, os resultados poderiam ser melhores ainda, caso as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade.

Reconhecendo estes desafios e considerando que apenas foram dados alguns passos de uma longa trajetória, o município vem trabalhando no sentido de ampliar as ações, por meio do aumento do número de USF e implantação de novas estratégias de atenção à saúde da criança, no ano de 2009. Ao entrar no curso de Mestrado da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), fui motivado, e despertei o interesse em estudar o processo de trabalho dos enfermeiros, junto às crianças assistidas nas USF porque, apesar dos avanços alcançados com

a ESF, os indicadores de saúde demonstram ainda um longo caminho a ser percorrido para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Além disso, há carência de força de trabalho nessa área, preparada para lidar com as necessidades de saúde da população infantil, na perspectiva da política de saúde brasileira.

Dialogando com os profissionais, que atuam na ESF, sobre as dificuldades de abordagem da temática e processo de trabalho da equipe de enfermagem, constatamos a necessidade de todos aderirem às práticas de assistência à saúde infantil, uma vez que a organização de uma rede integrada de assistência à saúde das crianças deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no SUS, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade.

No convívio com os demais enfermeiros que desenvolviam as mesmas ações em USF, chegamos à conclusão de que esses profissionais já haviam se habituado com as situações do setor saúde, a ponto de naturalizá-las, além de ocorrer uma separação entre concepção e execução do trabalho coletivo no desenvolvimento de ações de saúde da criança.

Não podemos deixar de destacar a relevância do “fazer” do enfermeiro no processo de trabalho na saúde e especialmente no cuidado à criança. Na verdade, ainda não se verifica, por parte destes profissionais, um claro entendimento quanto aos elementos que compõem o processo de trabalho, nessa área do saber, tornando-se, assim, de primordial importância, este conhecimento, para uma adequação mais apropriada das ações desenvolvidas.

Profissionais de enfermagem que não praticam uma assistência à saúde de qualidade junto às crianças, cadastradas em suas USFs, perdem inúmeras oportunidades de compreender e avaliar, com eficácia e eficiência, o crescimento e o desenvolvimento das mesmas, afastando-se, cada vez mais, da comunidade a qual desenvolve seu trabalho diário.

Em busca de conhecer melhor o processo de trabalho da equipe de enfermagem em relação ao desenvolvimento da puericultura na ABS, além de obtermos elementos consistentes que instrumentalizem a reflexão sobre a atual prática de enfermagem pediátrica, optamos por estudar o processo de trabalho desses profissionais. Com isso, a partir de nossa experiência profissional, bem como da problemática vivenciada no dia-a-dia de trabalho, recortamos a dimensão do processo de trabalho da equipe de enfermagem para este estudo, uma vez que as ações de enfermagem, no acompanhamento da saúde das crianças, realizadas

em USF, e a dinâmica do trabalho na assistência à criança têm de fato características próprias e diferentes de outras áreas da profissão. Com o intuito de abordar a temática apresentada, é que esta pesquisa tem como objetivos:

Objetivo Geral

- Analisar o processo de trabalho da equipe de enfermagem que atua no desenvolvimento de ações de puericultura em Unidades de Saúde da Família, em um município do interior da Paraíba.

Objetivos Específicos

- Aprender a dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem, nas ações de puericultura na USF;
- Identificar as concepções de puericultura da equipe de enfermagem, relacionando-as com a sua prática no cotidiano do processo de trabalho;
- Analisar como o modo de organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem influencia o desenvolvimento das ações de enfermagem, na assistência à saúde das crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Assistência à Saúde Infantil no Mundo

Ao longo dos anos, diferentes modelos de atenção à saúde foram desenvolvidos. Em se tratando do cuidado infantil e da promoção à saúde das crianças, é importante realizarmos um resgate histórico sobre o processo de assistência para com as mesmas, a fim de conhecermos melhor a história da prática de cuidado às crianças.

Conhecer a saúde instiga o interesse pela história. Os homens tiveram sempre que enfrentar problemas de saúde, nascidos de atributos e carências de sua natureza. Com base nessa necessidade da vida social, desenvolveu-se o reconhecimento da importância notável da comunidade para promover a saúde, e prevenir a doença (ROSEN, 1994). No entanto, as crianças nunca eram vistas como seres importantes na vida social.

Segundo Ariès (1979), até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse à incompetência ou à falta de habilidades por parte dos cuidadores, entretanto é mais provável que não houvesse lugar para as crianças nesse mundo.

A infância era apenas uma fase sem importância, que não fazia sentido fixar na lembrança. A criança era tão insignificante que nenhuma atenção especial era dada à mesma. Ariès (1979) salienta que isso significou que os homens dos séculos XII-XIII não se detinham diante da imagem da infância e que esta não tinha para eles interesse, nem mesmo realidade.

A partir do fim do século XVI, uma mudança muito importante começou a surgir por toda a Europa, funcionando como uma grande evolução junto às crianças que até então não eram bem vistas pela sociedade. Assim que ingressava na escola, com poucos anos de idade, a criança entrava imediatamente no mundo dos adultos. Com o tempo, a palavra infância se deslocou e passou a designar a criança pequena, mas já esperta. No século XVII, os retratos de crianças sozinhas se tornaram numerosos e comuns. Foi também nesse século que os retratos de família, muito mais antigos, tenderam a se organizar em torno da criança, que se tornou o centro da composição, uma vez que as crianças haviam assumido um lugar central na família (ROSEN, 1994).

Tudo o que se referia às crianças e à família tornara-se um assunto sério e digno de atenção. Não apenas o futuro delas, mas também sua simples presença e existência eram motivos de preocupação. Ariès (1979) afirma que, daí em diante, a família transformou-se profundamente na medida em que modificou suas relações internas com a criança.

Até o século XVII, a criança era responsabilidade da família. O Estado e a caridade só a assistiam em caso de abandono. Com o capitalismo, pela necessidade de mão-de-obra tanto para a produção como para o consumo, intensificou-se o interesse pela conservação da criança. A educação infantil, utilizando idéias de puericultura e de economia doméstica como forma de assegurar corretamente o seu futuro papel de cidadão, passou a ser de responsabilidade da mãe, da família e da escola (MARQUES, 1982).

A valorização da infância realmente começou em meados do século XVII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI, mas os sinais de seu desenvolvimento tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do início do século XVIII e durante os seguintes (ARIÈS, 1979).

Inicialmente a preocupação com a saúde da criança surgiu, a partir de cuidados com a alimentação, a higiene, o ambiente, os cuidados pré e peri-natais, com a possibilidade de a mãe cuidar da criança nos primeiros meses de vida (COLLET; OLIVEIRA, 2002). Em 1802, em Londres, foi construído o primeiro hospital pediátrico, seguido do “Hospital for Sick” em Paris, sendo considerado o marco inicial da assistência hospitalar à criança.

Bonilha e Rivoredo (2007) relatam que, no século XIX, os avanços científicos levaram ao extremo a crença no poder da ciência e do progresso. Inúmeras foram as descobertas, mas uma tem especial importância para a assistência à saúde pediátrica: a Revolução Pasteuriana. A partir da teoria microbiana das doenças (1864), o preparo de vacinas se consolidou.

Para além de seu impacto nas ciências biomédicas e na atividade profissional de médicos no mundo inteiro, as descobertas de Pasteur e seus discípulos influenciaram amplamente os sistemas de pensamento e as práticas sociais. Entre os comportamentos que se tornaram imperativos no cotidiano das populações, destacam-se, entre inúmeros exemplos, a vacinação das crianças, a fervura do leite, a esterilização dos bicos de mamadeiras, o tratamento da água e dos esgotos e a limpeza de feridas (LUTZ, 2004).

Outra importante consequência dos avanços científicos foi a descoberta da transmissão de microorganismos causadores de diarreias pela água e leite e que as mesmas

eram evitadas quando esses fluidos eram devidamente fervidos. No caso das crianças, isso teve grande impacto, pois a mortalidade por doenças diarreicas era intensa, uma vez que muitas eram alimentadas com leite de vaca cru (LUTZ, 2004).

Independente da motivação, uma comunidade que visasse um valor alto na vida das crianças não podia subestimar por muito tempo o problema da mortalidade infantil e de suas causas. Os estudiosos reconheciam ser possível evitar uma grande parcela dessa mortalidade e sabiam que as suas causas estavam relacionadas à desnutrição, ao desconhecimento dos pais, ao alimento contaminado, além de outros fatores, atribuídos, por inteiro ou em parte, à pobreza. Portanto, seria possível remover alguns desses fatores e diminuir em muito os efeitos de outros (ROSEN, 1994).

O estabelecimento em 1908, de uma Divisão de Higiene Infantil, no Departamento de Saúde da cidade de Nova York, foi um marco na história do movimento pela saúde da criança. Relacionando o bem-estar da criança a todos os aspectos sociais da vida infantil, insistindo no uso de pessoal qualificado em todos os programas e encorajando as comunidades locais a desenvolver programas de assistência infantil, a Divisão da Criança desempenhou um papel de liderança em evolução desses aspectos da saúde comunitária (ROSEN, 1994). Com isso, foram desenvolvidos programas de assistência à saúde, que enfatizaram o bem-estar da criança, do ponto de vista social, com a atuação de pessoal qualificado na área de saúde da criança.

Notamos que a cada dia os movimentos pela infância vêm lutando para que este grupo social seja reconhecido como pessoa, como cidadão, como presente e futuro da humanidade e merecedora do que possamos lhe dar. Nos últimos anos, por intermédio de inúmeras organizações mundiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), vários programas de apoio às crianças vêm sendo colocados em prática.

A História da puericultura no mundo está ligada com a dos cuidados às crianças, tendo origem ainda na Idade Antiga, na França, em fins do século XVIII. Segundo Jaeger (1989), os pais, a ama e o pedagogo eram os responsáveis pela educação e saúde das crianças. Desde aquela época, a melhor educação e saúde eram oferecidas às famílias mais ricas.

Em 1878, Friedrich Ahfeld, de Leipzig introduziu a prática de se pesar os bebês. Uma das principais preocupações dos maiores pediatras desse período dizia respeito ao

problema da alimentação do recém-nascido (ROSEN, 1994). De acordo com esse mesmo autor, como resultado das tendências e evoluções da época, começaram a surgir em rápida sucessão, instalações e programas para o cuidado dos bebês e das crianças. Menciona-se a existência de um centro de distribuição de leite em Hamburgo, em 1899.

Ensinar as mães a cuidar de seus bebês, criar clínicas apropriadas a essa função e prover leite puro eram os três elementos básicos dos serviços de saúde da criança. Ao fim da primeira década do século XX, uma série de agências, privadas e governamentais, em vários países, já tinha mostrado o quanto se poderia realizar por meio da prática da puericultura junto à saúde das crianças (ROSEN, 1994).

A preocupação com a saúde da mãe e da criança tem raízes fundas nos abusos da industrialização dos primeiros anos do século XX. É destacável o papel da Enfermagem nesse movimento, uma vez que a mesma, na área de saúde pública, era nova mas suas raízes recuavam muito ao passado. A Enfermagem em saúde pública – na Inglaterra, nos Estados Unidos e em menor grau, em outros países – evoluiu muito desde o final do século XIX e começo do XX, notadamente com a prática da puericultura (ROSEN, 1994).

Dessa forma, a puericultura representou a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no século XVIII, que visava à conservação das crianças, essencial para os grandes Estados modernos, os quais mediram as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos (BONILHA; RIVOREDO, 2007).

Ao analisarmos as primeiras ações de puericultura, desenvolvidas no passado, identificamos que estas, em grande parte, continuam sendo praticadas nos dias atuais, como é o caso da realização das medidas antropométricas dos recém-nascidos e o incentivo à amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida.

De acordo com Orlandi (1985), no início, a prática da puericultura não foi bem incorporada pelos médicos já que havia interesses diversos, o que atendia ao crescimento da indústria do leite em pó na época, substituindo a prática da amamentação para que as mães trabalhadoras não fossem liberadas com essa finalidade.

Ao pesquisar o tema em destaque, notamos que a puericultura perdurou durante décadas e continua a existir na atualidade, sob o cognome de “acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança”, embasado em um corpo conceitual que se traduz por normas e regras higiênicas a serem cumpridas pelas mães e profissionais de saúde.

Utilizando referenciais teóricos das ciências sociais, muitos autores entendem a puericultura como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, com motivos, objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança (BONILHA; RIVOREDO, 2007).

Com isso, percebemos que as mudanças ocorridas ao longo dos tempos alteraram o conceito de puericultura já que a mesma vem assumindo outros significados, notadamente deixando de ser apenas a realização de medidas antropométricas, passando a um componente central, de integralidade da assistência às crianças, observando-as em seu ambiente social.

2.2 Assistência à Saúde Infantil no Brasil

O reconhecimento da importância da atenção à saúde da criança no Brasil, segundo Rocha e Almeida (1990), sofreu influência da Europa Ocidental. A história da proteção à saúde da criança no país demonstra uma trajetória similar aos países ocidentais, onde os interesses político e econômico sempre estiveram presentes na consecução do bem-estar social da população.

No Brasil, a partir do final do século XVIII, já se observava um progressivo aumento da atenção médica dirigida às crianças, registrada nos primeiros tratados sobre educação física em língua portuguesa, guias de higiene infantil dirigidos às mães, teses universitárias, tratando do parto e dos recém-nascidos e estudos sobre a mortalidade infantil (FREIRE, 1991).

Segundo Miranda (2001), desde a origem do Estado brasileiro, ações de saúde estiveram presentes na agenda governamental, embora de forma pontual e com a predominância de ações de saúde pública e de campanhas de prevenção. Ao longo do processo de desenvolvimento do país, a necessidade de manutenção e reprodução da força de trabalho nas áreas de interesse da expansão do capital, ou da produção de materiais estratégicos, determinou a crescente incorporação de ações e programas governamentais organizados na forma de campanhas sanitárias verticais, sob comando federal – como ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial – com a ampliação de serviços básicos de saúde.

A puericultura, incorporada aos avanços da teoria microbiana, chega ao Brasil em 1890, logo depois que passou a ser difundida na Europa, trazida da França por Moncorvo Filho o qual colaborou com a divulgação da puericultura em jornais e com a sensibilização da elite, particularmente de suas damas, para a divulgação dos preceitos higiênicos predominantes nessa época (BONILHA; RIVOREDO, 2007).

A assistência à infância tem registro como programa de governo desde 1920, representada na Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância, no antigo Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923, a Seção de Higiene Infantil foi transformada em Inspeção de Higiene Infantil; em 1934, foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância; e em 1940, criou-se o Departamento Nacional da Criança (MIRANDA, 2001).

Foi de grande valia para a assistência infantil no país a criação do Instituto Nacional de Puericultura, mais tarde incorporado à Universidade do Brasil, pois permitiu pela primeira vez o acompanhamento integral das crianças que necessitavam de assistência à saúde. Em 1941, o Instituto foi incorporado ao Departamento Nacional da Criança. Segundo Miranda (2001), neste mesmo momento, encontraram-se dispositivos que tratam de definir a obrigatoriedade do ensino de puericultura e clínica da primeira infância.

A partir daí, a assistência às crianças no Brasil começou a ganhar novos rumos, culminando com o surgimento da Reforma Sanitária, em meados da década de 1970, a qual serviu de incentivo para o desenvolvimento de programas nacionais de educação e promoção infantil, todos influenciados por propostas elaboradas por agências intergovernamentais, ligadas, em especial, à Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao UNICEF.

Ao longo das últimas três décadas, vários programas de assistência às crianças foram desenvolvidos por meio de iniciativas do governo brasileiro, em conjunto com os municípios, com destaque para uma maior atenção na área de saúde pública. Todos esses programas tiveram como objetivo o fortalecimento da ABS, com ênfase à saúde da criança e da mulher, atuando tanto na promoção da saúde e tratamento de agravos, quanto na prevenção de doenças.

São destacáveis: Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança (PAISMC), em 1984; o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), em 1993 e o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI), em 1995.

Esses programas possuíam estreita relação entre educação e promoção da saúde, porque as ações implantadas destinam-se a promover o crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, além de tratar e/ou prevenir doenças que acometem as crianças menores de cinco anos de idade, em uma perspectiva de melhorar a qualidade de vida.

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança (PAISMC), em 1984, promoveu uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isso a estratégia da assistência integral, buscando a integração das diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde e utilizando atividades de baixa complexidade e baixos custos (BRASIL, 2005).

O PAISMC foi um dos primeiros programas de saúde pública que possibilitou a prática da puericultura iniciada ainda na gestação, e se estendendo até os primeiros cinco anos de idade, possibilitando à gestante e criança uma assistência integral e coletiva de qualidade.

O PRONAICA foi criado a partir da Lei Nº 8642 de 31 de março de 1993, com a finalidade de integrar e articular ações de apoio à criança e ao adolescente. Passou a adotar, para a sua operacionalização, as unidades físicas dos CIACs - agora chamados CAICs (Centros de Atenção Integral à Criança) – com a adequação de espaços físicos pré-existentes e a articulação e integração de serviços setoriais voltados para a criança (BRASIL, 2005).

Atualmente, o principal objetivo do PRONAICA é o de “garantir à criança e ao adolescente seus direitos fundamentais e seu desenvolvimento integral, com vistas ao seu preparo para o exercício da cidadania”. As áreas prioritárias de atuação do programa, que é de responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura (MEC), são: mobilização para a participação comunitária, atenção integral à criança de zero a seis anos, ensino fundamental, educação para o trabalho, proteção à saúde, segurança e alimentação, assistência a crianças portadoras de deficiências, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, o MS vem ampliando investimentos, a fim de promover a organização da ABS nos municípios, lançando mão de diversos meios para tornar atraente para os governos locais a adesão a outros programas. O principal incentivo é o financeiro, decisivo para o cálculo político dos gestores municipais em prol da adesão. Ademais, dada a condição de programa estratégico, o MS vem empenhando esforços, no sentido de fornecer suporte técnico e de gestão para a execução das ações previstas.

Para tanto, definiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), como estratégias prioritárias, capazes de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2005).

Com a implantação do PACS, ocorreu uma melhora considerável no quadro de saúde da população infantil, destacando-se a diminuição da mortalidade infantil e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, residentes em todo o país. De acordo com o MS (BRASIL, 2007), nos últimos anos, observou-se uma redução importante no risco de morte de crianças menores de um ano de vida em todas as regiões do Brasil. No período de 2002 a 2004, a mortalidade infantil diminuiu 7,44%, indo de 26.4 para 22.6 por mil nascidos vivos. Entre 1990 e 2004, essa redução foi de 52,92%. A melhoria desse indicador, entre outros fatores, reflete a política nacional de atenção à saúde do Ministério da Saúde, principalmente a expansão do PACS e a ESF.

Em 1994 em um contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, o Governo implantou a ESF, como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na assistência à saúde em todas as faixas etárias da população, inclusive na de 0 a 5 anos de idade. A ESF tem, como fortes aliados para sua consolidação, o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, além da estimulação da mesma, a fim de exercer o controle social das ações e serviços de saúde.

Uma grande inovação trazida pela ESF foi a identificação, mediante diagnóstico, das necessidades das famílias dentro de suas áreas de abrangência. Com isso, a equipe de saúde passa a realizar uma assistência integral, desenvolvendo atividades de informação, orientação e promoção da saúde. Na verdade, a ESF pode ser entendida como um modelo de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais, no âmbito dos municípios, e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2007).

O trabalho em equipe é um dos elementos-chave para o sucesso da ESF. Atualmente, cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3000 a 4500 pessoas, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas USFs, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (BRASIL, 2007).

Podemos afirmar que, nos últimos anos, a ESF vem funcionando como o eixo norteador para a organização da ABS. Deve, portanto, ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde de uma determinada comunidade.

Diante da crescente expansão da ESF, não resta dúvidas quanto a sua relevância, uma vez que podemos destacar notórias contribuições como: aumento da resolutividade na atenção básica; diminuição de internações hospitalares; mudança no perfil de morbidade hospitalar, e grande impacto na melhora dos indicadores de saúde, como aumento da cobertura vacinal e diminuição da mortalidade infantil.

Como desafios institucionais para expandir e qualificar a ESF no contexto brasileiro, segundo o Ministério da Saúde, destacam-se:

(1) a expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; (2) a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família, com reforço às estruturas gerenciais nos municípios e estados; (3) a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais; (4) ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais, nos municípios e estados, com vistas à: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão; (5) revisão dos processos de formação, educação em saúde, com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; (6) a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; (7) a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica; (8) ações articuladas com as instituições formadoras, para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2005, p. 36).

Grandes são os desafios em relação ao futuro da ESF, notadamente em relação aos profissionais. A oferta de profissionais médicos e enfermeiros egressos dos cursos de graduação não é a de profissionais que atendam às exigências de um novo processo de trabalho conforme a ESF requer. Tais obstáculos constituem mais um desafio à consolidação desta.

Atuando, paralelo aos profissionais de saúde e a fim de modificar o número elevado de morte de milhões de crianças no mundo, a OMS e o UNICEF uniram esforços e desenvolveram uma estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que vem sendo introduzida em inúmeros países, inclusive no Brasil.

A estratégia de AIDPI expõe conceitos, sinais, fatores e situações de risco, que exigem providências urgentes; sinais e situações de alerta que necessitam de cuidados específicos e ações de promoção, prevenção e acompanhamento que precisam de orientação constante. É baseada em ações comunitárias, sobretudo, considerando as medidas que devem e podem ser tomadas no domicílio, pelas mães e pelos responsáveis, como as ações de prevenção e promoção, a consulta, quando necessária, e o cumprimento das recomendações de tratamento (BRASIL, 2005).

O AIDPI é um importante instrumento para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos das doenças diarreicas e respiratórias, que persistem como graves problemas para a criança e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida, já que sabemos que as doenças respiratórias estão entre os primeiros motivos de consultas em ambulatórios e USFs, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade, da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária e finalmente a morte por esse motivo.

Para que as ações de atenção à saúde da criança na ABS produzam bons resultados, devemos focar a saúde delas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual elas vivem, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. Pensando nisso, o MS criou em 2004 um documento denominado “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil”, entendendo que o cuidado em saúde demanda uma visão integral da criança em todos os aspectos, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização.

As linhas de cuidado da Agenda pressupõem uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe. Da mesma maneira, é necessária a visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade das crianças (BRASIL, 2004).

A organização da assistência de saúde, em linhas de cuidado, coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde, como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar; e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2004).

As Unidades de Saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente.

Para isso o foco de todos os profissionais nessa Agenda é a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade. Cada olhar de cada profissional da equipe de saúde, e de acordo com a sua competência profissional, adiciona saberes e possibilidades de atuação integral sobre o todo da criança. A idéia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. É sob essa ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde, de fato, e uma rede de apoio social por onde caminha a criança/ família, funcionando em seu benefício (BRASIL, 2004).

Ainda de acordo com a Agenda, um olhar mais atento deve ser dado às crianças de risco. Elas devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 5 anos e segundo protocolos específicos (atenção ao desnutrido, criança com asma, etc.), além da avaliação de assistência especial com retornos mais freqüentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais.

Entre outros cuidados que a equipe que atua na ESF deve ter, segundo a Agenda (BRASIL, 2004), destacamos: manutenção contínua da prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada; avaliação de sinais de risco/perigo em toda criança que chega à USF, ao domicílio, ou a instituição de educação infantil, com priorização da criança grave, e encaminhamento para atendimento imediato com enfermeiro/médico/urgência ou hospital; avaliação integral da criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada; avaliação do cartão da criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou nas instituições de educação infantil ou na unidade de saúde, verificando a curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e estado vacinal; realização da avaliação nutricional anual de todas as crianças de 0 a 5 anos da área de abrangência da USF; identificação dos fatores de risco nutricionais, como baixo peso ao nascer, prematuridade, doenças associadas, etc. que predispõem à desnutrição, para um acompanhamento mais rigoroso; e manutenção contínua da prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada.

Enfim, na saúde em geral, e mais especificamente, na saúde da criança, são muitos os obstáculos a serem enfrentados para que as ações sejam colocadas em prática, com vistas a um novo paradigma que não aquele que prioriza somente a doença. O discurso e a prática nas Políticas Públicas Sociais voltadas para a criança necessitam caminhar com o mesmo objetivo, fazendo das crianças seres com direito de igualdade, de integralidade e de equidade ao acesso à educação e à saúde.

2.3 O Processo de Trabalho

Vivemos em um sistema econômico denominado Capitalista, em que o princípio fundamental é o acúmulo de riquezas e bens materiais, no qual o progresso e a produção são os norteadores desse modelo excludente. Segundo Vicentino (2002), o Capitalismo surgiu na Europa Ocidental, intensificado pela Revolução Comercial dos séculos XVI e XVII, sendo a Inglaterra o país precursor, onde se iniciou o processo de industrialização, desviando a acumulação de capitais da atividade comercial para o setor de produção, levando ao longo de

décadas, o fim do sistema econômico da época (feudalismo), e a consolidação do atual sistema, com enfoque principal na questão do trabalho.

Marx (1996) afirma que o trabalho é a forma como o homem medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza, por meio das suas ações, caracterizando, assim, um processo entre o homem e a natureza. É, portanto, “uma manifestação, a única manifestação da liberdade humana, da capacidade humana de criar a própria forma de existência específica”. Não se trata, certamente, de uma liberdade infinita porque a produção está sempre relacionada com as condições materiais e com as necessidades já criadas, e estas condições atuam como fatores limitativos à liberdade do homem.

A palavra trabalho, de uma forma mais genérica, designa o processo de transformação da matéria natural, em objeto de cultura pelo homem, uma vez que não se considera trabalho o simples ato de apropriação de materiais, tais como esses se apresentam na natureza. Entende-se por trabalho qualquer atividade que altera o estado das coisas, para melhorar sua utilidade e para, dessa forma, melhor satisfazer as necessidades dos homens (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação que, de acordo com Marx (1992, p. 205), “está subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas, através da mudança de forma”.

De acordo com Lunardi Filho e Leopardi (1999), o trabalho teve sua origem em decorrência do risco de os homens não encontrarem na natureza aquilo que assegura sua subsistência, acentuando as pressões da necessidade e fazendo crescer suas carências, coagindo-os a trabalhar. O trabalho humano, social e culturalmente desenvolvido, necessitou de uma vasta gama de atividades produtivas para sua concretização. Para dar conta desse aspecto, houve a necessidade de o mesmo ser organizado.

Com sua evolução, o próprio homem lançou mão para maximizar as potencialidades humanas, tornando mais produtivas suas forças, por fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas capacidades e conhecimentos individuais. Esses conhecimentos fazem parte de um processo denominado processo de trabalho.

Assim, é por meio do trabalho, como relação ativa com a natureza, que o homem é, de certo modo, criador de si próprio e criador não apenas da sua "existência material", mas

também do seu modo de ser ou da sua existência específica, como capacidade de expressão ou desrealização de si (Marx, 1996).

Marx (1992, p. 202-205) aponta que:

Os elementos componentes do processo de trabalho são: [...] o próprio trabalho, processo em que participam o homem e a natureza, [...] em que o ser humano com a sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza; o objeto de trabalho, todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural; [...] o instrumental de trabalho que é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto e o produto de trabalho que é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma.

Vale ressaltar, aqui, que todos esses elementos estão inseridos em um contexto social de compra e venda, transformando os trabalhadores em meros instrumentos de produção de riquezas, divergindo-os de sua vontade humana.

Os processos de trabalho incorporaram e continuam incorporando, cada vez mais, uma quantidade maior de conhecimentos com o desenvolvimento da tecnologia e aplicação a ela das ciências fundamentais, porém, com o ônus de que quanto mais a ciência é incorporada ao processo de trabalho, tanto menos o processo é compreendido pelo trabalhador; quanto mais a máquina torna-se um complicado produto intelectual, tanto menos o trabalhador a controla (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Nas sociedades capitalistas contemporâneas, trabalho humano é reduzido à condição de atividade, sem que a vontade seja subordinada ao projeto de resultado e ao objetivo pretendido, efetivando, assim, a condição objetiva das formas específicas de alienação do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

É no desenvolvimento do modo de produção capitalista e de sua particular e específica forma de produção material que Marx desenvolve o conceito da alienação. Procurava demonstrar a injustiça social que havia no capitalismo, afirmando que se tratava de um regime econômico de exploração, sendo a mais-valia uma grande arma do sistema. Assim, a alienação se manifesta a partir do momento em que o objeto fabricado se torna alheio ao sujeito criador, ou seja, ao criar algo fora de si, o trabalhador se nega no objeto criado.

O conceito de alienação é vasto e pode englobar várias maneiras e formas de pensamento, envolvendo as condições sócioeconômicas e culturais em cada época específica. É relevante destacar que alienação se estende por todos os lados, mas não se trata de produto da consciência coletiva. A alienação somente constrói uma consciência fragmentada, que vem a ser algumas visões que as pessoas têm de um determinado assunto, algumas alienadas sem saber, e outras que não esboçam nenhuma possibilidade de mudança. Com isso, Marx viu na alienação humana o lado negativo do trabalho.

Este pensamento é enfatizado por Mendes-Gonçalves (1992), ao salientar que o trabalho torna-se alienado na vida do homem, concretizando-se como um mero meio para sua subsistência e, muitas vezes, insuficiente até mesmo para isso.

Marx (1996) relata que as condições de trabalho, ao determinarem que o trabalhador não apreenda a lógica de sua tarefa, dificultam a emergência de seu pensamento crítico, no qual possa desenvolver seu potencial ideativo como ser humano. Em outras palavras, quanto mais o trabalhador precisa saber, a fim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou conhece.

Uma consequência disso é o surgimento da divisão do trabalho, muito presente na área de saúde, e mais ainda na Enfermagem, visto que a realização das tarefas fica reduzida a uma atividade bem mais mecânica do que criativa. Essa separação das tarefas, de concepção das de execução, de prever e de padronizar as operações de produção, são formas que o capital utiliza para independe do conhecimento e experiência do trabalhador qualificado.

2.4 O Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem

O homem, a fim de satisfazer sua necessidade, modifica intencionalmente a natureza por meio do trabalho. A partir disso, homem e natureza mutuamente se transformam, sendo constituído e constituinte de um mesmo processo histórico.

A organização do processo de trabalho exerce uma ação específica sobre os seres humanos. Semelhante aos modelos assistenciais, o trabalho em saúde modifica-se, também, conforme os processos produtivos, e participa das transformações do mundo do trabalho.

Para Antunes (1995), novos processos de trabalho estão em curso, cujos cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do trabalho. O capital internacionalizado, a globalização e as exigências de mercado fazem com que os processos de trabalho se alterem sem, no entanto, alterarem-se a relação venda de força de trabalho e detenção dos meios de produção. Os processos de trabalho respondem a finalidades.

Na saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto de trabalhadores, podendo ser a produção do lucro, se tomarmos saúde como um bem de mercado, ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se tomarmos saúde como direito (MISHIMA, 2003). O processo do trabalho na saúde caracteriza-se por ter, como objeto, de trabalho pessoas necessitadas de uma assistência, seja realizada dentro de uma instituição hospitalar ou em uma unidade de saúde da ABS.

Segundo Mishima (2003), outro aspecto do processo de trabalho em saúde é que o mesmo se desencadeia com base em necessidades. As necessidades são gestadas nas relações sociais, portanto são diferentes ao longo do tempo. Podemos dizer que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades.

A assistência à saúde, historicamente, tem sido considerada uma atividade especial, realizada por pessoas com conhecimentos especiais no grupo. O trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais, trabalhadores capacitados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional e que, em troca do trabalho prestado a essas instituições, recebem um salário (PIRES, 1998).

O trabalho em saúde não tem como resultado um produto material comercializável no mercado. Toda a assistência prestada constitui um serviço produzido, a partir de uma relação muito intensa entre profissionais e usuários. Segundo Peduzzi (1998), trabalho em saúde, pelo fato de não se realizar sobre coisas ou objetos, mas sobre pessoas, ocorrerá sempre em uma inter-relação, em que terão as demandas sempre apreendidas na objetividade e subjetividade que lhes são inerentes.

Dessa forma, o consumidor sempre contribuirá para o processo de trabalho sendo parte deste, fornecendo valores de uso necessários, que desencadearão uma tradução da adequação constante ao particular, não considerando apenas o indivíduo como ser, mas também as circunstâncias em que se dão seus problemas ou necessidades. Corroborando este

pensamento, Nogueira (1997) relata que o usuário é um co-partícipe do processo de trabalho em saúde e freqüentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica, pois fornece valores de uso substantivos.

O trabalho em saúde acontece de maneira compartimentalizada, em que cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde de forma separada, com poucos espaços de integração. Essa fragmentação do modelo de atenção tem sempre presente a complementaridade e a interdependência dos distintos trabalhos, podendo não estar aparentes, apresentando-se como meras justaposições, ou seja, como trabalhos isolados sem articulações (PEDUZZI, 1998).

Se por um lado, pela divisão do trabalho, ocorre, também, a divisão de suas condições, tais como ferramentas e materiais, por outro lado, também ocorre a fragmentação no campo da sociabilidade, que se manifesta, dentre outras maneiras, na distribuição de autoridade para o exercício hierárquico do poder entre as diferentes categorias profissionais. Em um contexto geral, a organização dos serviços em saúde segue a lógica das especialidades, que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem (PEDUZZI, 1998).

Em muitas realidades, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, os quais formam uma equipe interdisciplinar, não passa, freqüentemente, de um grupo de profissionais que desenvolvem ações desarticuladas e inconsistentes, tornando a especialização do conhecimento um ato comum, aceitável e até exigido.

Mendes-Gonçalves (1994), ao apreender os momentos do processo de trabalho em saúde, compreende as suas práticas, discutindo e redefinindo tecnologia. Este autor trabalha com o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, não como o seu significado corriqueiro de instrumentos materiais, mas como nexos estabelecido no interior do processo de trabalho realizado por meio de instrumentos.

Portanto, tecnologia não tem o significado comum de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associados à maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais. Utilizando essa vertente de análise, alguns autores passaram a estudar a enfermagem como uma prática de saúde, associando a uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Merhy (1997, p. 121) amplia as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica, propondo a possibilidade de mudanças no processo de trabalho, a partir das intersubjetividades. Com isso, ele classifica a tecnologia em saúde em:

Leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); **leve-dura** (como no caso de saberes bem estruturado, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo); e **dura** (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

As tecnologias leves, também chamadas de tecnologias das relações, têm o caráter de produzir processos de falas e escutas, por meio de uma relação de intercessão com o mundo subjetivo do paciente e o modo como ele constrói sua necessidade de saúde. Trabalham com o acolhimento e o vínculo entre profissionais de saúde e usuários.

Como profissionais de saúde, não podemos nos esquecer de que nossas mensagens são interpretadas não apenas pelo que falamos, mas também pelo modo como nos comportamos. A abordagem assistencial de cada profissional da saúde produz, nesse ato, relações entre indivíduos, com falas, escutas e interpretações. Portanto, cabe a cada um de nós revermos nossas intervenções, transpondo a técnica e trazendo nela e, além dela, mais autonomia, participação, maior vínculo com a população, apreendendo as relações sociais e construindo uma nova prática de promoção de cuidados.

Enfim, é no encontro do profissional com o usuário que se expressam alguns componentes vitais das tecnologias leves do trabalho em saúde, que se configuram, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização, e criação de autonomia. O sentido desse tipo de inter-relação é de indagar sempre a fim de repensarmos as lógicas das intervenções, melhorando dessa forma a qualidade da atenção à saúde.

Dessa forma, ao utilizarmos os três tipos de tecnologias descritos por Merhy, notadamente a do tipo leve, teremos a oportunidade de desenvolver um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, visando, sobretudo, a partilha de conhecimentos e experiência de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Ao estudarmos o trabalho em equipe, é imprescindível conhecer como cada profissional atua no seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência é o trabalho em equipe, desenvolvendo ações de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando, sobretudo, em equipe interdisciplinar. Ao longo da profissionalização da Enfermagem, surgiu uma dicotomia do trabalho manual e intelectual, perdurando até a atualidade, desencadeando uma divisão social e de tarefas entre os profissionais. Esse fato é muito evidente no dia-a-dia do profissional de enfermagem que atua na ESF, no qual é enfatizado a interdisciplinaridade e o trabalho científico coletivo, embora, em muitos casos, prevaleça a assistência dicotomizada, individualista e, acima de tudo, tecnicista por parte de alguns membros da equipe de enfermagem.

O enfermeiro que trabalha na ESF possui atribuições em duas áreas essenciais dentro da ABS: na USF e na comunidade. Em ambos, desenvolve assistência às crianças. Isso exige que o mesmo assuma vários papéis, como o de prestador de cuidados, educador, articulador, planejador, líder, dentre outros, uma vez que ele é sujeito de seu processo de trabalho no território em que atua, sendo bastante solicitado em sua prática. Portanto, a Enfermagem que atua na ABS tem relação com o espaço social de trabalho, por meio de seu saber e ações. Articula-se com os outros trabalhos na rede básica de serviços de saúde, tendo uma melhor compreensão do dia-a-dia de cada família dentro de uma comunidade.

No contexto da saúde pública, os problemas de saúde mais prevalente em uma determinada comunidade devem ser enfocados pela Enfermagem dentro da ABS. As ações de enfermagem visam modificar as condições de vida e saúde da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos.

Para isso os profissionais devem considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural e que busca a promoção de sua saúde, a prevenção de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Assim sendo, as ações de saúde da criança no ESF concretizam-se, a partir do reconhecimento do trabalho, como uma categoria potente para responder às necessidades sociais que demandam transformações na assistência infantil tradicional. Na assistência infantil na ESF, consideramos cuidado de enfermagem, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nas USF, aquele que realiza técnicas e se utiliza de instrumentos, como a balança, régua e os gráficos no atendimento à criança, mas que não se restringe a isso e não acaba após a realização das técnicas.

O cuidado de que estamos falando está inteiramente permeado pelo estabelecimento de relações entre a criança, sua família e o profissional de enfermagem. Dessa forma, é um cuidado pautado também pelas tecnologias leves, e centrado nelas, com enfoque no lado sensível e humano dos envolvidos. É um convite para a compreensão do outro, a fim de apreender suas necessidades em saúde.

Merhy (1997) relata que o caminho para chegar aos problemas de saúde de uma determinada população é muito longo, não ficando restrito a apenas à promoção e proteção da saúde, mas à produção do cuidado. Há necessidade de construir uma nova maneira de produzir saúde, que procure enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nas instituições de saúde, tentando construir um atuar com colaboração e participação do trabalhador com a vida individual e coletiva, que permita construir um modelo de assistência, centrado na humanização e, sobretudo, na qualidade e universalidade da assistência.

Dentre os principais objetivos da assistência à saúde infantil desenvolvida na ESF, estão a promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social (BRASIL, 2005). Esse acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nada mais é do que a prática da puericultura. Esta é responsável por uma grande parcela dos atendimentos realizados pelos enfermeiros nas USF. Visando a promoção da saúde, bem como a prevenção de agravos junto às crianças, são desenvolvidas, pela equipe de enfermagem, ações como pesar, medir, prática de imunização, avaliação dos reflexos, etc.

Além dessas atividades, cabe ao enfermeiro que atua na ESF algumas atribuições específicas normatizadas pelo MS, tais como: realização de consultas de enfermagem junto às crianças; solicitação de exames complementares; prescrição/transcrição medicações, conforme protocolos estabelecidos e as disposições legais da profissão; planejamento e coordenação e gerenciamento da USF; execução de ações de assistência integral a todas as

fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e supervisão e coordenação das ações para capacitação dos ACS, de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Concluimos que as ações de enfermagem no acompanhamento à saúde das crianças constituem um elemento indispensável ao processo de trabalho da equipe de saúde que atua na ESF, notadamente a de enfermagem que enfrenta um momento de desafio em relação às modificações no processo de trabalho profissional. Os profissionais de enfermagem devem buscar o desenvolvimento da puericultura e outras ações de assistência à saúde infantil, objetivando uma assistência mais humana e integral.

Pensando nisso, a Enfermagem deve reorganizar seu processo de trabalho, aproximando os processos de trabalho até então separados, como o cuidar e o gerenciar. Ao fazer isso, estará diminuindo o impacto da divisão social do trabalho, que leva ao desgaste físico e psíquico do trabalhador (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Os mesmos autores enfatizam ainda que a Enfermagem tem que repensar novas formas de organizar o trabalho, que proporcione a efetivação da responsabilização, da humanização e da participação, visando responder e resistir à imposição das instituições de saúde, que reproduz processos desumanos de organização do trabalho e dos trabalhadores, que são impelidos a suspender sua subjetividade e a aderir a uma impessoalidade constrangedora, quase robotizados na rotina diária.

Portanto, muitos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, necessitam ampliar conhecimentos em relação à assistência às crianças no dia-a-dia de trabalho na ESF. Para isso, é extremamente importante os profissionais, gestores e usuários trabalharem com o mesmo objetivo: que as práticas em saúde sejam desenvolvidas por meio do trabalho em equipe, do tipo integração (PEDUZZI, 1998), cujas ações são interdependentes e complementares. Nesse sentido, considerando que há aspectos materiais e políticos da organização do trabalho, os quais são produtos do estado das tensões sociais entre as classes, podemos atingir nosso olhar, também, para aqueles aspectos que dizem respeito aos sujeitos do trabalho e às relações mais próximas no seu cotidiano.

Sendo a ESF um fator positivo à municipalização dos serviços de saúde e, portanto, para a efetivação das ações demandadas pelo SUS e, entendendo que o trabalho de saúde da criança é um dos pilares de sustentação por seu potencial transformador da realidade, sentimos a necessidade de conhecer a prática, entendida como os saberes e ações que

constituem o trabalho em saúde da criança, articulado com o processo de trabalho em saúde na ESF.

Essas reflexões permitiram o reconhecimento da necessidade de se discutir a prática que vem se reproduzindo, mesmo na perspectiva de uma nova política que anuncia a finalidade de inclusão social, mantendo o eixo norteador do modelo assistencialista, pautado na exclusividade biológica, característica do modelo de assistência tradicional.

A enfermagem está no caminho certo, mas muito ainda temos que evoluir dentro da ABS, visto que, apesar de o foco do trabalho da enfermagem na ESF ser teoricamente a prevenção e a comunidade, o que prevalece na prática ainda é o modelo biomédico, tecnicista, de assistência individual e centrada na cura da patologia. Na área de atenção à saúde pediátrica, essa realidade cada vez mais está mudando.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva. De acordo com Minayo (2007), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e fenômenos que não podem ser quantificados.

O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Para a autora supracitada, a modalidade de pesquisa qualitativa seria particularmente adequada para as investigações nesse campo.

O método qualitativo abrange uma ampla variedade de procedimentos que se baseiam no estudo de amostragens cuidadosas e intensivamente observadas e cuja representatividade não se fundamenta na relevância estatística (MINAYO, 2007).

O objetivo maior da pesquisa qualitativa é ouvir os sujeitos para, em seguida, interpretar os sentidos e significações dos fenômenos do seu ponto de vista, buscando compreender uma realidade específica, ideográfica, cujos significados são vinculados a um dado contexto. Parte-se do pressuposto de que os indivíduos agem em razão de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, necessitando ser revelado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2000).

Segundo o mesmo autor, a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro, entretanto o objetivo principal das pesquisas exploratórias é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

A pesquisa descritiva tem, como função principal, a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Incluem-se, nesse grupo, as pesquisas que têm por

objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população e aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis (GIL, 1996).

3.2 Cenário da Pesquisa

O município em estudo está localizado a 110 km de distância de João Pessoa, na microrregião da cidade de Itabaiana. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), sua área territorial é de 196Km² e sua população estimada em 12.500 habitantes, sendo 40% dela vivendo na zona urbana e 60% na zona rural. O número de indivíduos menores de cinco anos de idade é 2.000, seguida pelos 2.344 habitantes entre 10 e 19 anos.

Integra a 12^a microrregional de saúde, tendo a cidade de Itabaiana como sede de módulo assistencial. As atividades de controle, regulação, avaliação e auditoria são desenvolvidas de forma incipiente. O plano municipal de saúde está sendo finalizado sob a supervisão do Conselho Municipal de Saúde.

A pesquisa de campo foi realizada em três USFs desse município, no período de março a abril de 2008. Segundo dados estimados do IBGE (2007), o município possui 12.500 habitantes, sendo 40% deles vivendo na zona urbana e 60% na zona rural. O processo de municipalização da rede de Atenção Básica de serviços de saúde desta cidade ocorreu no final da década de 1990. Este processo começou a se viabilizar, a partir do Programa Saúde da Família, com intuito de oferecer atenção integral à população. Com as transformações do setor saúde na década de 1990, há um incremento da força de trabalho em Atenção Básica, fato ocorrido também no município em estudo.

Habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, o processo de municipalização da rede de serviços de saúde ocorreu no final da década de 1990. Este processo começou a se viabilizar a partir da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de oferecer atenção integral à população.

A organização do processo de trabalho em saúde é semelhante aos padrões dos demais municípios brasileiros. Na maioria das vezes, os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada entre si, sem o desenvolvimento de uma programação conjunta entre os diversos setores envolvidos. Funcionam quatro USFs, sendo três na zona rural e uma na zona

urbana, cobrindo 100% do município que foram implantadas durante os anos de 1991 e 1995. Cada equipe de saúde é composta de 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de enfermagem e 1 técnico de higiene dental, além de 6 a 10 agentes comunitários de saúde, de acordo com o número de famílias cadastradas em cada USF. Na rede de saúde municipal, existe ainda um posto de atendimentos gerais (com especialidades médicas, pronto-socorro e imunização).

Existe ainda um posto de atendimentos gerais (com especialidades médicas, pronto-socorro e imunização). Salientamos que, no mesmo, não são desenvolvidas ações de puericultura, com exceção da imunização. Funciona apenas o laboratório municipal e a central de vacinas e que, durante o período de coleta dos dados empíricos, encontrava-se fechado para reformas.

Na USF da zona urbana, ocorre uma grande demanda de usuários, considerando que atualmente o número de famílias cadastradas já passa de 1200 (mais de 4200 indivíduos), o que acarreta problemas relacionados ao comprometimento da qualidade dos serviços de saúde desenvolvidos.

3.3 Sujeitos da Investigação

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem (três enfermeiros e três auxiliares de enfermagem) e os agentes comunitários de saúde (ACS) que realizaram ações de puericultura junto às crianças menores de cinco anos nas USFs do município em estudo. O critério de inclusão do profissional foi aceitar participar da pesquisa e estar realizando alguma atividade de assistência às crianças cadastradas em seu lócus de trabalho. Vale salientar que, tendo em vista ser o próprio pesquisador enfermeiro de uma das USFs em questão, o mesmo não foi incluído como sujeito da pesquisa.

A princípio, trabalharíamos com os enfermeiros mas, durante as observações identificamos que os auxiliares de enfermagem e os ACSs também participaram de ações de puericultura. Os mesmos foram incluídos no processo de coleta durante as observações em campo, a fim de identificarmos a trajetória da família que busca um atendimento de puericultura à criança nas USFs. Contudo, pela lei do exercício profissional da enfermagem, a consulta de enfermagem é ação privativa do enfermeiro e, como a puericultura deve ser

realizada por meio da consulta de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e ACSs não foram entrevistados.

3.4 Produção do Material Empírico

De acordo com Minayo (2007, p. 273),

A observação participante é essencial no trabalho de campo junto à pesquisa qualitativa, uma vez que a mesma é entendida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Portanto, neste estudo, utilizou-se a observação participante, orientada por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE I), como técnica nuclear para a produção do material empírico, pois a mesma possibilitou apreender o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem em seu lócus, além de captar uma variedade de situações ou fenômenos que não poderiam ter sido obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que se encontra na observação do real, como ressalta Minayo.

As observações foram realizadas da seguinte forma: o observador foi mantido numa situação cujo objetivo era realizar uma investigação científica, sendo ele parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pelo cenário encontrado em cada USF. O pesquisador realizou as observações, pondo-se no lugar do outro, respeitando a individualidade e as características próprias de cada equipe de enfermagem.

A observação participante, em qualquer nível de profundidade em que for realizada ou em que teoria se baseie, tradicionalmente utiliza um instrumento denominado diário de campo. Segundo Minayo (2007, p. 295), o diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa, e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Todos os dados e impressões observados devem ser escritos, a fim de não perder informações importantes para a conclusão da pesquisa. Estes dados vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de

comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.

Através de um diário de campo, foram registradas informações sobre conversas, comportamento interprofissional e situações ocorridas no dia-a-dia do trabalho em equipe. Todos os registros foram realizados após o final de cada observação a fim de evitar possíveis perdas de informações. Durante o período de observação do processo de trabalho dos participantes, buscamos apreender, no cenário de atuação dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, as técnicas e os procedimentos realizados na prática da puericultura junto às crianças menores de 5 anos, cujas mães buscavam atendimento no USF.

Selecionamos os dias das observações, de acordo com os cronogramas de consulta à criança de cada USF, a fim de facilitar e viabilizar o processo de coleta de dados. Todas as observações totalizaram 36 horas e foram realizadas ao longo de 15 dias, escolhidos pelo pesquisador, de acordo com a demanda de crianças assistidas em cada USF. Em média, foram realizadas 12h de observação em cada USF. A repetição das ações e comportamentos por parte da equipe de enfermagem junto às crianças cadastradas em cada USF foi o critério de escolha para o encerramento das observações, isto é, quando identificamos a saturação dos dados, encerramos as observações e demos início às entrevistas.

Como técnica complementar, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro continha questões norteadoras que abordaram a temática deste estudo (APÊNDICE II). De acordo com Minayo (2007, p. 268)

a entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na seqüência das questões, facilita e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses serão cobertas na conversa.

As entrevistas foram gravadas, após anuências dos entrevistados, a fim de captar informações indispensáveis à realização do estudo. É importante destacar que a entrevista foi realizada para aprofundar aspectos não captados em sua profundidade, durante o processo de observação e para esclarecimentos que se mostraram relevantes, especialmente aqueles relacionados à concepção dos profissionais, acerca da assistência à saúde da criança. Assim, as questões norteadoras do roteiro da entrevista foram elaboradas posteriormente à realização da observação. As entrevistas com os profissionais de enfermagem somaram 5 horas.

A produção do material empírico se realizou nos meses de março e abril de 2008, período em que todos os enfermeiros estavam atuando no município, visto que o período de férias dos mesmos deve ser obrigatório e restrito aos meses de dezembro e janeiro de cada ano, permitindo, dessa forma, uma maior interação entre o entrevistado e os participantes da pesquisa, como também acesso a esses.

O posicionamento ético do pesquisador durante a pesquisa foi feito em conformidade com o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem – Resolução Nº 311/2007e pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Salientamos que a produção do material empírico foi iniciada somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Parecer de Nº 1500/2007, aprovado em 12/12/2007.

O posicionamento ético do pesquisador durante a pesquisa foi feito em conformidade com o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem – Resolução Nº 311/2007e pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Salientamos que a produção do material empírico foi iniciada somente após a aprovação do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Parecer de número 1500/2007, aprovado em 12/12/2007.

Após esclarecer sobre a importância do estudo e assegurar a todos os sujeitos o direito a não participar da pesquisa, além de garantir o anonimato, inclusive na divulgação da mesma, foi solicitada a anuência desses, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III), para tornar legítima nossa interferência no espaço individual autônomo.

3.5 Análise do Material Empírico

A partir do material empírico produzido, os dados foram analisados de acordo com os passos propostos por Minayo (2007) que consistem de três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A primeira etapa, que corresponde à ordenação dos dados, englobou tanto as entrevistas quanto o conjunto do material obtido pela técnica de observação. Esta etapa foi

constituída pelas seguintes sub-etapas: transcrição de fitas-cassetes, releitura do material e organização sistemática dos dados obtidos, a partir da observação e entrevista realizadas.

Na segunda etapa, fizemos a organização inicial dos achados, agrupando os dados que diziam respeito a temas em comum, obtidos nas entrevistas e nos registros do diário de campo, para possibilitar o contraponto entre a perspectiva dos sujeitos e a observação do concreto do trabalho. Procedemos à leitura exaustiva e repetida dos dados; e por fim, constituímos um corpus de comunicação (processo de aprofundamento da análise e relevância de algum tema), ou seja, fizemos a priorização dos temas mais relevantes de acordo com o objeto de estudo.

Na última etapa, foi realizada a análise propriamente dita do material empírico produzido. A partir desta, chegamos à construção de três núcleos de sentido e uma categoria empírica denominada **“Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem nas Ações de Puericultura no Acompanhamento da Saúde das Crianças”**. Os núcleos de sentido ficaram assim construídos: A Criança e a Prática de Puericultura /Dinâmica do Processo de Trabalho em Ações de Puericultura nas USFs; Ferramentas Utilizadas pela Equipe de Enfermagem no Processo de Trabalho; e Entraves à Prática da Puericultura nas Ações de Saúde da Criança.

Vale destacar que, nesta pesquisa, utilizamos as letras: **O** para dizer que os dados extraídos foram das observações; **E** para os coletados por meio das entrevistas, seguidas do número que representa uma das três USFs analisadas (1, 2 ou 3). Assim, por exemplo, quando relatamos O2U3 equivale a dizer que os dados dizem respeito à segunda observação da USF 3; Já E2 equivale a dizer que as informações foram coletadas por meio da entrevista da USF2.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enfermeiras que trabalham no município possuem 24, 30 e 47 anos de idade. Todas elas residem em João Pessoa, deslocando-se diariamente até a cidade em estudo por meio de veículo alugado pelos profissionais. Possuem, respectivamente, 2, 2 e 18 anos de formação em Enfermagem e trabalham na ESF local, há mais de um ano. Com relação à qualificação profissional, duas possuem especialização na área de Saúde Pública. São contratadas atualmente para cumprir carga horária semanal de 40 horas.

Após analisar os dados coletados nas observações e entrevistas, chegamos à construção de uma categoria empírica denominada Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem nas Ações de Puericultura no Acompanhamento da Saúde das Crianças. A seguir, segue a análise dos seguintes núcleos de sentido construídos:

4.1 A Criança e a Prática de Puericultura /Dinâmica do Processo de Trabalho em Ações de Puericultura nas USFs

A saúde vem se apresentando como um campo de construção de práticas cuidadosas, socialmente determinadas, cuja ação médica tornou-se predominante. Percebemos, todavia, que mesmo nesse modo peculiar de agir tecnicamente na produção do cuidado, no decorrer dos anos, outras profissões da área de saúde vêm se destacando, em especial a Enfermagem, que vem ganhando respaldo e valorização na ABS, a partir de meados da década de 1990.

As exigências profissionais são fatos cada vez mais comuns no dia-a-dia de trabalho do enfermeiro que atua na ESF. Portanto necessitamos de um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos, além da construção de um processo de trabalho que busque a qualidade dos serviços desenvolvidos. Este processo de trabalho se desenvolve mediante as várias atividades realizadas por toda a equipe de enfermagem, uma vez que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem compartilham o mesmo ambiente físico e disponibilidade de recursos materiais. As ações desempenhadas pela equipe de enfermagem, embora sejam distintas, caracterizam-se por grande interdependência entre todos os membros.

Trabalhos complexos, como os verificados na assistência à saúde da criança pela equipe de enfermagem que atua na ESF, caracterizam-se pela existência de um grande número de tarefas de natureza distinta que, habitualmente, concorrem entre si sob o ponto de vista temporal. Face à multiplicidade das atividades realizadas, os profissionais de enfermagem são levados a organizar seu tempo e a ordenar suas diversas tarefas de maneira variável, em função de fatores cotidianos que se produzem simultânea e sucessivamente.

Campos (2006) aborda os conceitos de Núcleo e Campo dentro dos serviços de saúde, escrevendo que núcleo é o conjunto de encargos (atribuições) e de saberes que constroem a identidade de cada profissional ou especialidade. Já campo é o conjunto de conhecimentos e atribuições que devem ser agregados ao núcleo em cada contexto, para que haja capacidade de resolver problemas de saúde de uma determinada população.

No trabalho desenvolvido no município paraibano em estudo, as fontes de complexidade decorrem tanto da variabilidade das condições clínica e social das crianças e/ou responsáveis, como da multiplicidade de atividades de natureza distinta que os enfermeiros envolvidos no cuidado a estes usuários são postos a realizar. Acrescente-se a isto, o fato de que, além da sobrecarga oriunda das demandas assistenciais, esses profissionais são responsáveis por solicitações de caráter administrativo - coordenador da USF. Esse fato foi evidenciado em um depoimento das entrevistadas: “o enfermeiro, além de assistir a paciente, ainda tem de gerenciar a USF, sendo responsável pela supervisão do trabalho dos ACS e técnicos de enfermagem” (EU3).

Pudemos comprovar, pelo relato acima, que o enfermeiro tem grande responsabilidade social que o coloca em situação de enfrentamento e/ou parceria com instituições da gestão local, devendo para isso incorporar a organização do processo de trabalho como um “Campo integrado” entre os agentes comunitários, profissionais da ESF, equipe de apoio, e outros serviços de saúde disponíveis no município, a fim de maior resolubilidade dos problemas de saúde das crianças cadastradas em cada USF.

Vale destacar que o desenvolvimento de habilidades e competências para atuar na ESF passa necessariamente pela compreensão e re-significação dos valores envolvidos na atuação profissional, no contexto da promoção da saúde coletiva. Essa prática, ou modo de produzir a saúde, deve ser capaz de revelar intencionalidades nem sempre explícitas nas nossas práticas profissionais sistematicamente reproduzidas e não verificadas durante a pesquisa.

Observamos que as práticas de saúde realizadas pelas três equipes de enfermagem não se configuram como uma nova forma de estratégia de trabalho no campo da saúde, fundamentada em concepções que valorizam a participação dos usuários, orientada pela integralidade, requerendo como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização da atenção e dos serviços, e a criação de vínculos e acolhimento entre população e equipe de saúde.

A organização do trabalho das equipes permanece ainda centrada em procedimentos com uma oferta de assistência baseada na doença e/ou queixa trazida pela mãe da criança. As consultas demonstram entraves para uma abordagem clínica ampliada, estando predominantemente centradas na dimensão biológica do adoecer.

Identificamos que nenhuma das enfermeiras utiliza a consulta de enfermagem como ferramenta, em seu processo de trabalho, na atenção à saúde da criança. As enfermeiras realizam consultas baseadas nas queixas apresentadas pela criança e/ou família. Conforme demonstraram as observações, as crianças que chegavam às USFs com alguma doença foram atendidas pela enfermeira que, após uma anamnese muito rápida, prescreveu algum medicamento e liberou as mesmas. Mesmo relatando que fazem consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, observamos a realização de consultas de enfermagem, baseadas exclusivamente nas queixas apresentadas pelas crianças e/ou responsáveis.

Estas consultas foram realizadas, pautadas no modo tradicional: a criança ou o responsável vem com uma queixa e recebe a prescrição de uma conduta ou medicamento. Em todos os atendimentos observados durante a coleta dos dados, as enfermeiras desenvolveram ações exclusivamente curativas. Não observamos ações específicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C/D) das crianças assistidas nas USFs.

Um fator que contribui para o não acompanhamento do C/D, segundo o depoimento de uma enfermeira, é que as crianças são atendidas de acordo com a demanda diária, ou seja, sem dia específico da semana ou agendamento prévio: “Todas as crianças são atendidas pela equipe, independente de estarem com alguma patologia” (O3U1); “Aqui as crianças são atendidas de acordo com suas necessidades de saúde, sem dia específico” (O1U1). “A mãe vem com a criança já doente ou necessitando daquela assistência. Daí a gente tenta ver alguma coisa relacionada à doença e faz tudo” (EU1).

Esse modo de organizar o trabalho, nas ações de puericultura na atenção à saúde da criança nas USFs em estudo, evidencia que fica inviabilizado o acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos. Os dados revelam que a dinâmica do trabalho das três equipes analisadas está centrada no cuidado de saúde direcionado ao evento agudo, ou seja, à queixa do usuário. Desse modo, identificamos que as necessidades de cuidados contínuos, demandados às crianças menores de cinco anos, não se encontram incluídos no conjunto de atividades rotineiramente ofertadas pelas equipes de saúde da família, e tampouco no das equipes de enfermagem que trabalham no município.

Além disso, as ações educativas e preventivas não vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos à comunidade e assim propiciar o questionamento e reflexão sobre os diversos temas relacionados com o processo saúde-doença da população infantil. “Como a demanda aqui é enorme, fica difícil a gente trabalhar com prevenção e ações educativas. O que importa é que toda criança que vem à Unidade é assistida pela equipe de saúde” (O3U2).

O que percebemos no município é que, no interior do sistema público de saúde, o fluxo do usuário, regido pelas políticas nacionais e locais, vem sendo ordenado sistematicamente, conforme as agudizações ou agravos de doenças. As observações e entrevistas, realizadas ao longo de um mês, mostraram a desconsideração e a falta de compromisso por parte dos profissionais do sistema em lidar com o conjunto de necessidades de cuidados especializados em relação às ações de enfermagem para com as crianças menores de cinco anos de idade, notadamente em relação à prática da puericultura.

A fim de mudar esta realidade, as equipes de saúde analisadas devem promover assistência às crianças, conforme preconiza a Agenda da Criança (2004), desenvolvendo as consultas de enfermagem todos os meses, visando estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

A partir do que encontramos no município, as ações precisam ser estruturadas para um novo modelo de atenção, pautado na promoção e na vigilância à saúde, no qual o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos de idade deve ser visto por todas as três equipes, como o eixo central na área de saúde da criança, dentro do processo de trabalho dos profissionais que fazem parte da ESF, possibilitando a

identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna, e deve ser realizado pela equipe de saúde, conforme protocolo do MS.

Indagadas sobre a concepção de puericultura, as três enfermeiras responderam que “é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até os cinco anos de idade” (EU1, EU2 e EU3). No entanto, ao pedir para descrever sua última consulta de puericultura em cada local de atuação, percebemos que foram realizadas consultas de enfermagem, baseadas no quadro clínico apresentado pelas crianças e não um acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento destas. Além disso, nenhum agendamento foi realizado para com as crianças atendidas.

Pudemos afirmar que as profissionais de enfermagem podem até conhecerem a concepção de puericultura, mas não a realizam visto que nenhuma das três USFs trabalham com o agendamento mensal de crianças a fim de acompanharem o crescimento e desenvolvimento infantil. Este fato é muito preocupante devido ao acompanhamento das crianças menores de cinco anos de idade ser uma exigência do MS em relação às equipes que atuam na ESF.

A enfermeira da USF3 foi a única que tentou acompanhar a evolução das crianças atendidas por ela, realizando anotações sobre cada usuária atendida na USF3, entretanto esses dados não estão atualizados, visto que muitas das usuárias assistidas por esta profissional não tiveram suas informações registradas em seus prontuários. A enfermeira anota em um caderno apenas os dados em relação às medidas antropométricas, não havendo nenhum registro em relação ao desenvolvimento. Ela falou que o caderno está desatualizado: “não estou conseguindo acompanhar todas as crianças menores de cinco anos, porque tenho muita gente para atender, além de muitas mães se negarem a trazer suas crianças para realização da consulta de puericultura todos os meses”.

Ao refletir sobre o modo como tem organizado seu trabalho na atenção à saúde da criança, uma enfermeira ressalta: “precisamos colocar as atividades que abordam a saúde da criança em prática, caso contrário não estaremos fazendo ESF e sim, ambulatório da família” (EU3). Este pensamento tem consonância com a Agenda da Criança (2004), a qual preconiza o desenvolvimento de uma rede integrada de assistência às crianças, em que os profissionais que atuam na ESF devem assumir o desafio de desenvolver a identificação das ações prioritárias e as estratégias que norteiam a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis.

A rotina vivenciada pelas equipes de enfermagem no município caracteriza o cuidado da criança de forma fragmentada. Já está definido o quê, como, quando e quem deve fazer em relação à assistência as crianças cadastradas: “Os ACS ficam responsáveis pelas medidas antropométricas; a auxiliar de enfermagem em realizar a imunização; e a enfermeira, responsável pela consulta de enfermagem” (EU2). Todas essas atividades foram realizadas no ambiente de trabalho de cada profissional, sem a interação de um para com o outro, desencadeando um processo de trabalho parcelar e fragmentário, em que não foram atendidas as necessidades singulares de cada criança, objetivo da prática de puericultura.

De acordo com Nogueira (1997), as atividades de uma equipe de saúde necessitam ser desenvolvidas por meio de um trabalho interdisciplinar, o qual deve estabelecer um projeto comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários.

Em relação à organização do processo de trabalho, Peduzzi (1998, p. 79) relata que esta deve estar pautada nas necessidades de saúde da população; salienta que “o trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos, ao contrário, se dá sobre pessoas, com base numa intersecção partilhada entre o usuário e o profissional, no qual o primeiro é parte desse processo”.

Nesse sentido, as três equipes de saúde da família do município em estudo precisam desencadear reflexão acerca do cotidiano da assistência, trazendo ao debate a necessidade de programar ações interdisciplinares, visto que estas viabilizam a comunicação efetiva entre todos os agentes participantes desse processo, sendo cada um sujeito na construção da assistência à saúde das crianças atendidas nas USFs. Para isso, os profissionais envolvidos precisam repensar a organização de seus processos de trabalho, a fim de pautá-los nos princípios do SUS.

Em nenhum momento foi manifestada a preocupação com a promoção à saúde das crianças assistidas e as implicações dos agravos, caso o responsável não coopere com o acompanhamento diário das mesmas, mesmo uma das mães achando importante o acompanhamento mensal de seu filho: “Era muito bom se todos os meses nós voltássemos aqui para saber como estão crescendo e evoluindo nossos filhos” (O3U1).

A verificação e o registro das medidas antropométricas no cartão da criança tem sido atividades delegadas pelos enfermeiros aos ACS. “Os ACS são orientados a pesar e medir as crianças menores de cinco anos. Ao desconfiarem de algo estranho, como uma criança

abaixo do peso, encaminha-a à USF e nós atendemos” (EU2). Geralmente as crianças não são pesadas nas USFs. As enfermeiras apenas acompanham o registrado por cada ACS. Contudo, ao conferir o peso da criança nesse contexto, a finalidade dessa atividade da enfermeira não é a de fazer o acompanhamento da evolução do peso, mas restringe-se a uma conferência do dado registrado no cartão, cuja finalidade é estabelecer a dosagem da medicação a ser receitada à criança. Com isso, a enfermeira perde o sentido e o significado do registro do peso para o acompanhamento do crescimento da criança, realizando uma clínica empobrecida que se limita a ações curativas.

A ESF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da prevenção de doenças. Sendo assim, seu trabalho está centrado no território e no processo de trabalho da equipe, de acordo com as concepções desenvolvidas pelo MS. Isto significa que, em grande medida, a normatização da Estratégia inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente de cada usuário. Não dar muito valor ao conjunto da prática clínica, fato encontrado no município, acarretará entraves cada vez maiores na abordagem do crescimento e desenvolvimento infantil.

A ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a descrição de clientela, de 3.000 pessoas, em um determinado território. Cada equipe passa a ser a "porta de entrada" do serviço de saúde, não tendo a Estratégia um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado.

Todavia, ao que parece, não há a criação de acolhimento e vínculo por parte das equipes de enfermagem junto às crianças e/ou responsáveis que buscam assistência nas USFs. A criança chega à USF e espera a vez de ser atendida. Não existe uma sala adequada de espera, nem tampouco um acolhimento por parte dos funcionários que trabalham na recepção. Uma das enfermeiras entrevistadas (EU2) relatou que, devido ao grande número de pacientes e a hora que a equipe de saúde chega à USF (10h), não há como realizar um acolhimento adequado junto à população local.

É fundamental o desenvolvimento de uma ação que reorganize o trabalho das equipes de saúde pesquisadas, atuando nos seus processos decisórios que ocorrem no ato, mesmo da produção de saúde. Segundo Merhy (1997), as tecnologias de trabalho têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo, por consequência, a capacidade de efetivamente resolver problemas de

saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo.

Corroborando Vasconcelos (1999), importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando por que é necessário alterar muito mais do que estruturas. Deve-se modificar as referências epistemológicas, sendo necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados há anos em uma comunidade.

É preciso considerarmos a complexidade da área da saúde coletiva, uma vez que seu objeto tem base conceitual situada em campos bastante distintos. Tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito da ESF, cujo objeto envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e, ainda, a política social e econômica. Portanto, para se chegar a uma assistência integral às crianças em saúde coletiva, é necessário um esforço interdisciplinar que tem, como consequência, uma intensidade de trocas entre os diferentes profissionais que atuam em um determinado ambiente de trabalho, além de uma integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa, fato não comum no município pesquisado.

Enquanto as equipes de enfermagem não construírem uma interação com a população, trocando conhecimentos e articulando um "campo de produção do cuidado" que é comum à maioria dos trabalhadores, não podemos dizer que há trabalho com predominância das tecnologias leves. As equipes de enfermagem necessitam mudar o modo de assistir as crianças, construindo uma nova subjetividade de promoção de saúde para os usuários. Elas devem oferecer a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo; e o outro, o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, em que tanto o profissional quanto os usuários podem ser produtores de saúde.

Para Merhy (1997), o aprisionamento de cada um, em seu "núcleo específico" de saberes e práticas, encarcera o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando o trabalho em equipe, isolado. Ao contrário, o "campo de competência" ou "campo do cuidado", além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para, juntos, realizarem a produção do cuidado.

Pelo fato de as consultas de enfermagem, realizadas pelas enfermeiras durante o período de coleta de dados, terem sido baseadas apenas nos sinais e sintomas da criança,

percebemos a necessidade de ampliar o atendimento, buscando trazer à tona aspectos relacionados ao processo saúde-doença da criança, incluindo ambiente familiar, vínculo família-criança, relações familiares, condições socioeconômicas, história recente de outras enfermidades que acometeram a criança, uso de medicamentos, dieta, prevenção de doenças, dentre outros. Esses aspectos têm relevância na avaliação global da saúde da criança, considerando que à medida que não são considerados nas consultas de puericultura, trazem prejuízos ao processo saúde-doença da criança, as doenças crônicas tendem a surgir, trazendo maior tendência a outras patologias e uso indiscriminado de medicamentos, fato muito comum nas três USFs.

Os dados obtidos revelam que as atividades na atenção à saúde da criança ora desenvolvidas no município em estudo não se configuram em ações resolutivas. Nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Portaria Nº 648 de 2006 e a Agenda da Criança de 2005, a promoção da saúde infantil aparece em destaque, como parte da lista de elementos e princípios definidores da ESF. Com efeito, se a lógica da ESF é a da responsabilização pela saúde de uma determinada população, o serviço deve organizar seu processo de trabalho, de modo a superar o modelo tradicional centrado em procedimentos e na cura de doenças, para buscar construir uma lógica de organização que contemple, além da clínica, a promoção da saúde e a qualidade de vida dos indivíduos de sua área de abrangência.

Atualmente vem sendo implantado pelo MS um amplo conjunto de medidas na área de pediatria, destacando: implantação da Caderneta de Saúde da Criança; implantação de centros colaboradores estaduais em saúde da criança em 27 estados; capacitação sobre práticas da atenção obstétrica e neonatal e realização do encontro nacional de avaliação das equipes das 27 maternidades qualificadas em atenção obstétrica (BRASIL, 2007).

Além disso, em toda a rede SUS, estão sendo desenvolvidas ações que visam à promoção do nascimento saudável; ao acompanhamento do recém-nascido de risco; ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização das crianças; à promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, com atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais; à abordagem de doenças respiratórias e infecciosas e a manutenção de altas coberturas vacinais em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2006).

Considerando que as práticas de atenção à saúde da criança e da puericultura, pela equipe de enfermagem, requerem atitudes periódicas e acompanhamento contínuo de cada criança cadastrada, o seu enfrentamento exige da equipe mais que algum tempo disponível,

exige dedicação e reorientação das práticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além de um empenho e participação da gestão, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde.

Diante de tais condições, os profissionais envolvidos nesse processo não podem mais continuar inertes à prática da puericultura e outros métodos de assistência infantil. Precisam urgentemente promover mudanças que busquem novas estratégias para praticarem as consultas de enfermagem, de uma forma que aborde o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças menores de cinco anos de idade. Para isto, é fundamental, primeiramente, a realização de um cronograma pela equipe de saúde que contemple, como prioridade, estratégias relacionadas ao acompanhamento de todas essas crianças, assim como ocorre com outras áreas estratégicas da ESF, como o pré-natal e a prevenção de câncer de colo útero.

4.2 Ferramentas Utilizadas pela Equipe de Enfermagem no Processo de Trabalho

Em relação aos recursos materiais utilizados nas práticas de ações e puericultura na área de saúde da criança, verificamos que os profissionais de enfermagem raramente os utilizam. Com recursos materiais encontrados nas USFs (balança, fita métrica, cartão da criança, etc.), é possível o acompanhamento do crescimento das crianças cadastradas, contudo essas atividades não foram observadas ao longo da pesquisa, com exceção da verificação do peso nas USF1 e USF2.

Além de não acompanharem o crescimento das crianças mensalmente conforme o preconizado pelo MS, as equipes de enfermagem não realizaram atividades relacionadas à avaliação do desenvolvimento infantil. Nesse sentido, as ações desenvolvidas tiveram como foco a orientação às mães e/ou responsáveis sobre alterações percebidas, conforme identificado na fala a seguir: “O desenvolvimento das crianças, a gente acompanha mais só pelo olhar, sabe? Quaisquer anormalidades que a mãe ou nós notarmos, encaminhamos para a médica” (EU2). Não existe nenhum protocolo a ser seguido pelos profissionais nas três USFs avaliadas na área de atenção à saúde infantil, apesar de existir publicação do MS intitulada Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que traz orientações pertinentes sobre o acompanhamento de crianças menores de cinco anos. (BRASIL, 2004).

Acreditamos que condutas de enfermagem sem protocolos dificulta o processo de trabalho de toda a equipe de saúde, além de não ter eficácia quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. E ainda mais, a fala dessa profissional demonstra submissão da enfermagem à classe médica, uma vez que qualquer anormalidade observada na criança em vez de ser avaliada pela própria enfermeira, ela transfere a responsabilidade para o profissional da classe médica.

De acordo com a Agenda da Criança (2004), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança e envolve o registro de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação, estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança em todo atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso, e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Uma enfermeira (O3U2) relatou que mensalmente acompanhava a evolução das crianças (C/D) pelos cartões trazidos pelas mães, no entanto o que observamos foi a utilização do Cartão da Criança para fins de parâmetros de administração de medicamentos de acordo com o peso encontrado em cada cartão.

As equipes de saúde deverão avaliar o Cartão da Criança em todos os atendimentos, promover atividades educativas, identificar e captar crianças em risco nutricional e/ou desnutridas, realizar acompanhamento e tratamento segundo protocolo específico, manter arquivo atualizado de crianças cadastradas e fazer busca ativa de faltosos ao calendário de acompanhamento proposto. É ainda papel das equipes de saúde e do município a identificação da necessidade e priorização do atendimento das crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis (BRASIL, 2004).

Na presença de qualquer alteração do desenvolvimento neuropsicomotor e/ou algum dos sinais de alerta, a criança deve ser encaminhada à USF para avaliação com pediatra e outros profissionais, se necessário. Além disso, cada equipe deve promover atividades educativas, identificar e captar crianças em risco nutricional e/ou desnutridas, realizar acompanhamento e tratamento segundo protocolo específico, manter arquivo atualizado de crianças cadastradas e fazer busca ativa de faltosos ao calendário de acompanhamento proposto.

O cuidado integral à criança deve ser encarado como prioridade por parte da equipe de saúde que atua na ESF. Para isto, muitas destas atitudes citadas anteriormente precisam ser colocadas em prática pelas três equipes de enfermagem que trabalham no município, objetivando sanar o problema de não acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos de idade. Além disso, é imprescindível a introdução de educação permanente para as equipes de enfermagem, em relação à importância da adesão da equipe ao acompanhamento do desenvolvimento infantil, e a realização de visitas domiciliares por parte dos enfermeiros para com as crianças com maiores necessidades psíquico-sociais.

Observamos que os profissionais das três USFs não utilizaram as tecnologias duras, conforme apontado anteriormente, tampouco as tecnologias leves no atendimento às crianças, uma vez que foi comum a ausência de relações de interação, co-participação e subjetividade entre os usuários e equipe de enfermagem, impossibilitando uma participação conjunta dos usuários. Os diálogos entre usuárias e profissionais foram escassos, restringindo-se às solicitações de procedimento da equipe de enfermagem, não permitindo a articulação das tecnologias leves com as leve-dura.

Em um atendimento realizado pela enfermeira da USF2, ela praticamente não manteve diálogo junto à responsável pela criança. Após a mãe entrar na sala da enfermeira, foi indagada pela profissional sobre o problema da criança. Em seguida, a enfermeira prescreveu um medicamento e liberou a mãe, mesmo notando que a mãe se encontrava muito aflita com o quadro de febre de sua filha (O1U2).

De acordo com Ferri (2007), o grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é o de utilizar as relações como tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E através dessas mesmas relações, dá sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizarem (trabalhadores e usuários) como potentes, para intervirem na concretização do cuidado.

Para um modelo assistencial centrado no usuário (criança), propomos um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/duras por todos os membros que atuam nas USFs, com a produção do cuidado, entendida como ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução dos problemas diários enfrentados por cada equipe de saúde.

Compreendemos que o atual modo de organização da atenção à saúde da criança no município se caracterizou como "produtor de procedimentos". Além disso, as profissionais, ao resumir sua ação à queixa da criança e/ou responsável, com tímida incursão na clínica, não tiveram potência para reverter a configuração do modelo hegemônico, que é baseado exclusivamente na patologia do indivíduo.

Percebemos que uma parcela de usuários, ao buscar assistência nas USFs não teve sua necessidade de escuta atendida, pois os profissionais frequentemente apresentavam orientações prévias, sem se dar conta do verdadeiro motivo da ida do usuário ao serviço de saúde. Em várias observações, as enfermeiras quase não mantiveram diálogo com o acompanhante da criança: “Veio vacinar a criança foi mãe? Sente aqui e me dê o cartão da vacina, por favor” (O2U2). Após a administração da vacina, a enfermeira carimbou o cartão e se despediu da mãe, sem maiores informações. Logo em seguida, a mãe voltou ao consultório da enfermeira, a fim de consultar sua criança que se encontrava com uma tosse seca. Durante a consulta de enfermagem, a mãe quase não falou, com exceção do momento em que explicou o motivo de sua busca ao serviço de saúde.

O sucesso de uma ação de saúde nasce quando descobrimos que, a partir de uma determinada necessidade e/ou preocupação de um usuário, temos a oportunidade de produzir um novo modo de cuidado. Ao valorizar a preocupação da mãe, a enfermeira poderia criar espaços de acolhimento e vínculo junto à criança e seus responsáveis. É por meio da relação entre saberes que poderemos conhecer a multiplicidade de atuações possíveis em saúde coletiva. Nisso sublinhamos a importância da produção de subjetividades nos serviços públicos de saúde, onde a interação entre diferentes saberes, incluindo-se o saber do usuário, produz estratégias criativas, compatíveis com a realidade local para a resolução de problemas.

Gomes (2002) afirma que o conteúdo estratégico da ESF apresenta considerável potencialidade para a mudança de práticas em saúde, pois permite um rompimento no comportamento passivo dentro das equipes, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe; a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso entre os serviços de saúde, profissionais e população.

Na área de assistência à saúde das crianças, mais do que prestar cuidados de saúde, o importante é buscarmos acolher os usuários, integrando-os junto às equipes, minimizando os agravos à saúde das crianças, respeitando a dignidade e a autonomia daqueles que buscam os

serviços de saúde. O trabalho da enfermagem é fundamental nos serviços de saúde, e muitos têm sido os desafios para a oferta de um atendimento de qualidade na Atenção Básica, uma vez que esta é uma área de alta complexidade tecnológica, exigindo uma prática clínica ampliada e um trabalho em equipe, para responder às complexas necessidades individuais e coletivas de saúde.

Uma das enfermeiras (EU3) salientou que, dentre os desafios na área de saúde da criança no município, está a ampliação da intersetorialidade dos diversos serviços em relação à saúde da criança “pois essa é uma forma de ampliar o acesso da comunidade aos serviços, e garantir maior integralidade nas ações de saúde desenvolvidas”. Segundo a enfermeira da U1, apesar dos atuais problemas de assistência com as crianças do município, ainda observam-se fatores positivos, como a diminuição da mortalidade infantil e aumento da cobertura vacinal, “o que demonstra a necessidade de ampliação cada vez mais do acesso aos serviços de assistência à saúde infantil, assim como implementação de ações que contribuam para o fortalecimento da interação entre comunidade e equipe de saúde”.

Segundo Seminotty e Guareschi (2006), ao pensarmos nas relações humanas como necessárias à produção de práticas em saúde coletiva, abrimos campo para a possibilidade de criação de tecnologias não-materiais. Estas se expressam na preocupação dos trabalhadores, com as necessidades dos usuários, na organização e produção de novos modos de cuidados e na formação permanente dos próprios trabalhadores. Os trabalhadores devem pautar suas ações no sentido de criar as condições necessárias para um acolhimento humanizado, eficiente no seu desenvolvimento e resolutivo no seu encaminhamento.

De acordo com Ayres (2007), valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população.

A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Portadores de experiências e saberes usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua,

segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro (AYRES, 2007, p. 08).

Corroborando o mesmo autor, devemos ter em mente que, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos.

Uma ferramenta que é de grande importância e se mostrou ausente em todos os processos de trabalho das equipes analisadas foi a prática do diálogo. Segundo Ayres (2007, p. 10), “o sentido forte de diálogo é o de fusão de horizontes, isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que, até então, era-nos desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido”.

Um diálogo entre profissionais de saúde e usuários deve ser essencialmente uma interação aberta. É nesse sentido que nos aventuramos a definir a saúde como a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos.

Vale salientar que não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que nós, profissionais de saúde, sabemos que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (AYRES, 2007, p. 09).

Quando se trata do cuidado à criança, essa busca de fusão de horizontes deve se dar com o recurso aparentemente simples, mas pouco utilizado, de um perguntar efetivamente interessado no outro e a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada. Perguntas simples aos familiares, como por exemplo: você acha que a criança está melhorando bem? pode funcionar como um excelente dispositivo para desencadear a fusão de horizontes entre profissionais e usuários, porquanto permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentos de que se vai precisar dispor para realizar o encontro cuidador.

A importância dessa busca de horizontes entre profissionais de enfermagem e usuários atendidos já está sendo enfatizada pela enfermeira da USF3: “o que eu tento cada vez mais é

manter um diálogo, de acordo com o nível de cada paciente, objetivando sempre a aproximação com a realidade de cada pessoa assistida no meu ambiente de trabalho”.

De um modo geral, podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na ABS tem origens no modelo hegemônico, estruturado na cura da doença e foco exclusivo no indivíduo e não na coletividade. De acordo com Campos (1997), um dos esforços da Política Nacional de Humanização (PNH) é de retomar o papel central do sujeito enfermo dentro das práticas terapêuticas do sistema de saúde e dos trabalhadores, como protagonistas que têm como responsabilidade operar no sistema, mediando relações e construindo práticas que estimulem a participação de todos os envolvidos.

Segundo Campos (2006), além de produzir saúde também caberia ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas. Colocarmos nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários, e ainda, importante, seria o resgate da dimensão da autonomia. Temos de religar a saúde coletiva e a clínica, interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas.

É dever de cada profissional que trabalha na ESF ver a criança e seus familiares como seres participativos na prática de enfermagem e puericultura desenvolvida junto às crianças que chegam à USF, observando que os responsáveis pelas crianças já trazem histórias de vida e conhecimentos prévios sobre o que é saúde e doença e sobre sua ação na dinâmica desse processo. Portanto, a atuação dos profissionais de enfermagem deve ser a de proporcionar uma articulação significativa entre o saber do cotidiano do usuário, e o saber científico dos mesmos, sempre respeitando as diferenças que existem entre ambos os saberes.

4.3 Entraves à Prática da Puericultura nas Ações de Saúde da Criança

Identificamos inúmeros fatores que dificultaram ou impediram a prática de puericultura por parte da equipe de enfermagem, principalmente em relação ao processo de trabalho desta, destacando-se: desorganização do trabalho por parte de toda a equipe de saúde; falta de recursos humanos; ausência de articulação entre alguns membros da equipe; déficit nos serviços de referência e contra-referência; além de sobrecarga de atendimentos para a enfermeira em virtude da falta constante de médicos nas USFs.

Em todas USFs, a enfermeira é responsável pelas atividades de planejamento e gerenciamento da equipe de saúde, inclusive na supervisão dos cuidados prestados pelos profissionais de nível médio. Observamos que a USF onde uma destas profissionais atua possui o número de famílias maior do que o recomendado pelo MS, havendo acúmulo de consultas em determinados períodos, além de atendimentos simultâneos. Ao ser indagado sobre esse problema, a enfermeira afirma que isso ocorre devido à alta rotatividade médica no ambiente de trabalho. “Estou aqui há 3 anos e 6 meses e já passaram por aqui cerca de 10 médicos, é brincadeira?” (EU3).

Como existe uma grande rotatividade de profissionais médicos no município, foi comum encontrarmos alguma USF aberta, sem a presença desses profissionais, pois a média de permanência dos mesmos é de 6 a 9 meses: “estou aqui há quase 4 anos e já perdi a conta do número de médicos que passou por aqui” (O1U3).

Acreditamos que esse fato obstaculiza a produção de um cuidado de qualidade nos serviços de saúde, visto que influencia diretamente o processo de organização de trabalho de toda a equipe de saúde. Um dos maiores problemas da ESF é a alta rotatividade de profissionais médicos. De acordo com a enfermeira da USF3, no município, ocorre esse problema, devido às precárias condições de trabalho, ausência de médicos especialistas em saúde da família e a não realização de concursos até o momento: “espero que o próximo gestor seja mais humano e compreensível do que o atual” (E3).

O MS recomenda que o médico, que atua na ESF, tenha especialidade em saúde da família ou generalista. Em um estudo de Machado (2002), envolvendo profissionais médicos que trabalham na ESF, apenas 36% destes haviam concluído algum tipo de residência médica, enquanto a média nacional para outras especialidades ficou em torno de 75%. Em relação às condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, aliada às dificuldades estruturais e falta de medicamentos e insumos nas USF, contribuem para o problema da alta rotatividade médica dentro da ESF (CAPOZZOLO, 2003).

Vale aqui destacarmos que esse problema não é restrito ao município em pesquisa, mas acontece em todo território nacional, tanto que o MS vem estabelecendo novas idéias que garantam a permanência do profissional médico na ESF. Para isso, tem aumentado o número de residências médicas na área de saúde da família, além de incentivar os gestores a realizar concursos públicos.

“A gente tenta fazer ESF, mas, na maioria das vezes, aqui parece um hospital. A gente atende e atende. Prevenção que é bom, nada!” (O3U3). Por meio desse relato, é possível compreendermos que, apesar de muitos profissionais desejarem atuar na promoção e prevenção, função intrínseca a qualquer profissional que trabalha na ABS, muitas vezes realizam atendimentos estritamente curativistas, baseados apenas nas queixas levadas pelos usuários ao serviço de saúde. A maioria dos profissionais que atua nas USFs pesquisadas não desenvolveu práticas de educação em saúde para com as crianças e sim, atendimentos ambulatoriais.

Segundo Machado (2007), a ESF localiza bem o problema do atual modelo de assistência, mas acaba sendo “engolido” pela dinâmica do trabalho centrado na produção de procedimentos e não na produção de cuidado. Corroborando o pensamento do autor, uma enfermeira concluiu: “a ESF é muito bom na teoria, mas na prática o que importa para os gestores e MS são números” (EU2).

O modelo de atenção à saúde proposto pela ESF prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Visa, sobretudo, a substituição da rede básica de saúde tradicional por USFs integradas à rede de serviços, funcionando como porta de entrada para o SUS. Deve realizar, além das ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais, além de participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe.

A ciência que orienta a prática dos profissionais pesquisados, ao desconsiderar as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, deixava-os insensíveis a muitas dimensões do cotidiano dos usuários. O saber que aprenderam na universidade não foi colocado em prática em muitas das ocasiões observadas.

Como profissionais formados dentro da mesma área de atuação, sabemos, pela projeção de nossa própria experiência, do importante papel reorientador de cada profissional de enfermagem na ESF. Apesar de não ser expressa abertamente, percebemos uma desconfiança de muitos membros da equipe à nossa atuação. Verificamos que, quando realizávamos as observações e entrevistas com colegas de trabalho, a teoria de muitos profissionais (o que relatavam e praticavam) não condizia com a realidade encontrada no seu dia-a-dia de trabalho. Muitos profissionais relataram que faziam o acompanhamento mensal de cada criança, entretanto esta prática não ficou evidente por nenhuma das três equipes analisadas.

Os avanços e retrocessos resultantes do confronto dos componentes teórico-conceituais e político-ideológicos do projeto reformista com a realidade das restrições e condicionantes à implementação de políticas públicas ressaltam a existência de um expressivo conjunto de conflitos fundamentais. Estes encontram expressão real na trajetória das políticas de saúde desde as suas mais remotas origens (PIERANTONI, 2001).

A questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações governamentais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas, os profissionais de saúde.

Consideramos que a precariedade das relações de trabalho no município pesquisado constitui um grande entrave para o desenvolvimento da puericultura, já que a valorização do trabalho e do trabalhador não é vista como uma questão central para a qualificação dos serviços públicos de saúde. “Estou no município há três anos e nada de aumento de salário, nada de estabilidade. Todo dia somos cobrados pela gestão e em troca não recebemos nada. É brincadeira isso rapaz?” (EU3).

De acordo com Gomes (2007), a ESF tem se destacado pela precarização das condições de trabalho em suas dimensões estruturais, e das relações entre profissionais/gestores/usuários, constituindo um dos graves problemas que envolvem a gestão pública do trabalho em saúde.

Entre os problemas identificados na avaliação da ESF, estão os relacionados diretamente com a capacidade de adequação de recursos humanos em saúde a novas propostas de atenção à saúde. Entre eles, assinala-se a baixa capacidade do aparelho formador de recursos humanos em saúde, no sentido de prover a adequação necessária aos processos de formação para viabilidade da Estratégia.

A ESF representa uma situação exemplar da necessidade de articulação dos diferentes sistemas, para a viabilização das reformas propostas para o sistema de saúde. A participação dos profissionais de enfermagem foi bastante importante e recebeu grande incentivo por parte dos responsáveis pelas crianças. Uma enfermeira relatou: "A Estratégia trouxe muitas melhorias para a vida das pessoas, principalmente as mais carentes. Isso é uma beleza, tomara que nunca acabe!" (O3U2).

De acordo com o MS (2004), além do atendimento clínico, a ESF também trabalha com visitas domiciliares, que devem ser agendadas com o ACS responsável. As

transformações observadas, a partir da introdução da reforma do Estado brasileiro, destacam antigos problemas e introduzem outros novos para a área de recursos humanos em saúde. A área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão da política de saúde, há pelo menos três décadas. Porém a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços, e a implantação de novos modelos assistenciais experimentada, por exemplo, em propostas como a ESF, contingenciam questões conhecidas e não resolvidas.

Os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a inclusão de recursos humanos, de forma que todos os profissionais envolvidos na ESF possam ter importância na produção de estratégias formadoras de novos modelos assistenciais, cujos princípios norteadores do SUS verdadeiramente possam ser colocados em prática, e que todas as pessoas tenham uma assistência à saúde de qualidade.

Um outro fator que impede ou dificulta a prática de assistência à saúde das crianças por parte da equipe de enfermagem é que os encaminhamentos das crianças pelos funcionários da recepção das equipes foram ditados pela organização prescritiva do trabalho, e não pelas necessidades singulares dos usuários. Caso o funcionário concorde que a criança deva ser atendida pela médica ou enfermeira, ele faz a ficha da usuária, de acordo com a demanda diária de cada profissional ou de acordo com sua própria vontade, não ocorrendo nenhum tipo de triagem por parte da recepção.

Um aspecto comum observado nas três USFs foi o fato de crianças serem atendidas pela médica e, em seguida, sair do serviço de saúde sem passar pela equipe de enfermagem. Inúmeras vezes presenciamos várias crianças à espera de atendimento, no entanto, poucas delas foram encaminhadas para a equipe de enfermagem, mesmo a equipe estando disponível naquele momento e estando ciente de que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento prevê um agendamento planejado, a partir da adscrição das famílias por área de cobertura. Oportunidades perdidas de quebra na concepção do trabalho em equipe pelas enfermeiras refletirão na saúde das crianças de suas áreas de abrangência.

Para exemplificar uma das situações observadas na porta de entrada de uma USF, citamos o caso de uma mãe que foi a uma das USF com sua filha apresentando um quadro de hipertermia. Após se dirigir à recepção, a mãe foi informada para retornar no dia seguinte já que ainda havia muitas pessoas para serem atendidas pelo médico naquele momento, mesmo a recepcionista estando ciente de que a enfermeira da USF se encontrava desocupada. A funcionária, portanto, nem encaminhou a criança para a enfermeira, nem esta se

disponibilizou a atender a criança. Foi necessária a inferência do pesquisador, a fim de que a criança fosse atendida pela enfermeira em vez de voltar no dia seguinte (O3U1).

Ao indagarmos a equipe de enfermagem sobre o encaminhamento das crianças apenas para o médico, obtivemos a resposta: “como a enfermeira geralmente está ocupada com outras atividades, aí eles colocam as crianças para o médico que logo resolve o problema” (O1U2). Este depoimento comprova que os funcionários que atuam na recepção e as próprias enfermeiras já estão acostumadas com a rotina de não praticar acolhimento juntos aos usuários que procuram atendimento nas USFs: “a exceção ocorre quando a criança tem alguma vacina a ser realizada pela equipe de enfermagem, ou seu responsável fala que gostaria de ser atendido por determinado profissional” (O1U2).

É na recepção que ocorre a definição do acesso do usuário que procura os serviços de saúde. Esses trabalhadores devem estar abertos ao contato com o público, e dar destino à demanda do usuário, de acordo com o cronograma da equipe ou conforme o planejado pela equipe, e não exclusivamente com o que eles acreditam ser mais adequado. Apesar de ser um lugar ocupado fisicamente por muitos, é difícil de ser ocupado de fato, no sentido de assumir a responsabilidade pelo cuidado do usuário.

As rotinas administrativas acabam por conduzir o usuário para o médico, sem que haja um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de enfermagem, diferentemente das recomendações da ESF. No processo de trabalho, Dejours (1992) aponta aspectos dessa natureza como defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real, em relação ao trabalho na área de saúde.

Em relação à saúde das crianças, a ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2005).

Constatamos que são poucos os estudos na literatura que abordam os problemas decorrentes da não realização da puericultura pelas equipes de enfermagem que atuam na ESF. Existem pesquisas relacionadas principalmente ao baixo crescimento, amamentação,

diminuição da mortalidade infantil etc. Portanto, faz-se necessária a realização de novos estudos que investiguem esta questão.

Ao longo da pesquisa observamos que não existe um planejamento por parte das equipes em relação à organização do processo de trabalho da enfermagem, visto que as enfermeiras não conseguem conciliar, em suas atribuições, as funções de gerenciamento e assistenciais de saúde. “É muita coisa para a enfermeira: além de atender os pacientes, temos que organizar a Unidade e supervisionar os técnicos de enfermagem” (O1U1). É imprescindível que toda a equipe busque reorganizar o processo de trabalho, a fim de promover a resolutividade das ações de saúde e respeito aos usuários. Para que isto ocorra, é necessária a introdução de ações descentralizadoras, e participativas que redistribuam o poder decisório, aproximando os indivíduos diretamente interessados (crianças) nas conseqüências das ações empreendidas pelos serviços de saúde, facilitando a participação da comunidade nas decisões a serem tomadas.

A questão do planejamento nos serviços de saúde sempre foi prioridade por parte do MS. Para isso, em 2007, foi lançado o documento Pacto em Defesa da Vida. Este possui, como especial relevância, o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação ESF, além da promoção, informação e educação em saúde, com ênfase na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida.

De acordo com alguns profissionais de enfermagem, a população e muitos trabalhadores de saúde ainda não estão preparados sobre o real papel da Estratégia, uma vez que “a ESF trabalha com a prevenção, e muitos caminham na contramão desse ideal. As pessoas têm urgência para tudo. Tudo deles é para ontem. ESF não é para ontem. Fica difícil a gente tentar desenvolver um planejamento dentro da USF” (EU1).

Uma enfermeira relatou que muitos profissionais que atuam na ABS não conhecem o processo de trabalho que envolve a ESF, visto que ainda possuem uma visão dicotômica entre promoção e assistência à saúde da população, notadamente para as crianças. Ela finaliza dizendo: “o modelo da ESF é o modelo que trabalha diretamente com a população e a prevenção, necessitando diariamente de uma interação entre profissionais usuários, embora alguns profissionais ainda não se convenceram disso” (EU3).

O desafio colocado para o gestor federal do SUS, em relação ao não conhecimento dos profissionais de saúde sobre o papel real da ESF, consiste em propor uma política

transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2007).

Verificamos que a organização do processo de trabalho das USFs parece não promover suficientemente vínculo, acolhimento e responsabilização com os usuários que procuraram atendimento de saúde. Ficou evidente, ao longo da pesquisa, que nenhuma USF aborda o vínculo e o acolhimento como estratégias para promoção da saúde da criança.

Para Merhy (1994), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo e acolhimento entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também em um processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

De acordo com Arcêncio (2006), o vínculo promove uma nova lógica nos processos de trabalhos das equipes que atuam na ESF, já que elas acabam por responderem pela integridade social e humana dos indivíduos, em um ambiente de solidariedade e empatia, promovendo qualidade na assistência e, assim, atendimento à população.

Ribeiro (2005) apresenta vários tipos de vínculo: maternal, geracional, afetivo, amoroso, simbiótico, dependente, analítico, de confiança, de reconhecimento, intrapessoal e vínculo social. Esta pesquisa utilizou para o vínculo uma perspectiva de compromisso a ser praticada nas relações que se estabelecem entre equipe de enfermagem e usuários (criança/família), uma vez que é neste sentido que se processa, no Brasil, o estabelecimento de vínculo no âmbito da Atenção Básica por meio da ESF.

De acordo com Merhy (1994), criar vínculo implica em ter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com o sofrimento do outro, permitindo que os profissionais de saúde supram necessidades, intervenham, aconselhem, compartilhem opiniões, promovam suporte psicológico para, assim, aliviar o sofrimento da pessoa com necessidades e/ou problemas de saúde.

Podemos utilizar o vínculo na ESF como ferramenta indispensável ao favorecimento da comunicação e compreensão do processo saúde/doença que acomete as crianças, fortalecendo a relação existente entre profissionais e usuários, notadamente os seres mais frágeis, pelo fato de a equipe poder ficar mais envolvida nas atividades essenciais para o

acompanhamento das famílias mais necessitadas. O vínculo é considerado ainda uma dimensão para a avaliação da organização dos serviços da ABS e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso, ao longo do tempo, permite a identificação de necessidades na relação usuário/profissional de saúde (GOMES, 2002).

Segundo Starfield (2002), o vínculo da população com os serviços de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde. Apesar de possuir várias pesquisas sobre o vínculo e a ESF, o que se observou, no município em estudo, é que este não faz parte do dia-a-dia da equipe de enfermagem na promoção de saúde junto às crianças que foram às USFs.

Campos (2003) corrobora as considerações de Merhy (1994), quando afirma que a participação efetiva dos usuários durante o processo saúde/doença permite a formação de sujeitos autônomos, ou seja, a autonomização dos usuários, por meio do estabelecimento de vínculo, cujo usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Uma das características identificadas nos depoimentos sobre a prática de puericultura foi a impessoalidade de alguns profissionais, atitude que contradiz as recomendações da Atenção Básica, com relação à necessidade de promoção à saúde às diretrizes da ESF no tocante à necessidade de aproximação com o usuário e seu contexto de vida, visando à construção de laços interpessoais de vínculo.

Não observamos a criação de vínculos entre equipe de enfermagem e as crianças que foram às USFs. Na prática, o que prevaleceu foi a concepção do agir em saúde, a partir da intervenção sobre a doença, conforme os protocolos e normas institucionalizadas pelas políticas públicas de saúde, e não a do agir com a participação e co-responsabilidade entre população e equipe de saúde. “Estamos tentando interagir e criar vínculos com as crianças e responsáveis, embora não tenhamos muitos resultados. Ou praticamos puericultura junto às crianças ou nunca conheceremos de fato nossa população infantil” (EU3).

Os discursos dos profissionais que atuam no município reconhecem a importância da produção de vínculos entre equipe de saúde e as crianças, no entanto, revelam que existem fragilidades e contradições em sua prática, dentre elas: distanciamento de alguns profissionais das crianças e/ou seus responsáveis, e precarização das condições de trabalho. Estas comprometem a qualidade do desempenho das equipes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças assistidas em cada USF.

Além disso, não há integração entre alguns membros da equipe de saúde. De acordo com os relatos dos profissionais, o modo como são desenvolvidas as atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, em suas equipes, caracteriza o modelo de equipe em agrupamento. Segundo Peduzzi (1998), nesse modo de produzir o cuidado não existe complementaridade objetiva, e sim, quando há autonomia e independência da perspectiva do projeto assistencial, portanto, autonomia técnica plena dos agentes.

Isso significa que cada profissional desenvolveu atividades isoladas, de acordo com seu conhecimento técnico específico, não havendo um projeto terapêutico coletivo, interdisciplinar, tão buscado pela ESF.

Existem propostas alternativas que favorecem a integração da equipe de saúde e permitem uma nova organização do processo de trabalho nessa área. Estas propostas apontam para a necessidade de um agir comunicativo que viabilize a interação entre os profissionais, a partir das boas relações pessoais. Peduzzi (1998) recomenda que os agentes busquem a articulação nas ações, a coordenação dos saberes técnicos e a cooperação, como também a interação, no sentido do reconhecimento e entendimento mútuo.

A ESF pode funcionar como um mecanismo favorável, na abertura de espaços para a promoção de vínculo e responsabilização. O grande desafio constitui em romper com a lógica do modelo de assistência hegemônico e realizar ações de saúde nas quais profissionais de saúde e comunidade participem mutuamente das ações de saúde desenvolvidas, possibilitando uma recomposição do trabalho, voltadas para a integralidade e qualidade da assistência à saúde da criança.

Dessa forma, a produção do vínculo pode promover uma nova lógica no processo de trabalho da equipe que atua na Atenção Básica, permitindo o cuidar na perspectiva da integralidade, de modo que os serviços de saúde passem a perceber as crianças e/ou familiares, como agentes que têm direito de escolha, valorizando sua autonomia, sentimentos e necessidades. Fundamentada nessa concepção, acredita-se que o vínculo com os usuários do serviço de saúde contribui significativamente para a ampliação da eficácia das ações de saúde desenvolvidas.

A não realização do acolhimento foi outro problema comum observado em todas as equipes. Nem a equipe de saúde, tampouco as pessoas que trabalham na recepção, têm a prática de acolher os indivíduos que procuram atendimento de enfermagem. As observações

demonstraram dificuldades na criação de espaços que priorizem o acolhimento e a criação de vínculos entre equipe de saúde e comunidade.

Identificamos alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função do modo de organização do trabalho da enfermagem. A organização da equipe de enfermagem no município pesquisado está centrada no exercício de atividades administrativas e burocráticas, distanciando-se da produção do cuidado que deveria ser pautado pelo vínculo e responsabilização.

O trabalho nos serviços de saúde local não prima pela escuta sensível, nem pela prática do acolhimento. “A gente não tem tempo nem para atender direito os pacientes, quanto mais fazer um bom acolhimento” (O2U1). Chama a atenção o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, inerente à prática do acolhimento. Em correlação a isso, configura-se a existência de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Para as transformações ocorrerem de forma harmônica e sistemática com os interesses dos usuários e dos serviços, faz-se necessária uma adequada conformação das tecnologias leve.

Os profissionais de enfermagem avaliados precisam participar de cursos de aperfeiçoamento nos quais a prática do acolhimento é enfatizada. A vantagem maior disso é a possibilidade de eles diagnosticarem e discutirem problemas que seriam indetectáveis por uma visão externa. Muitas questões que surgem no cotidiano do trabalho não aparecem nas pautas das reuniões das equipes, mas são percebidas e problematizadas pelos próprios profissionais que estão atuando.

“A gente optou por atender sem acolhimento porque a população já foi acostumada desta forma: chega, espera e é atendida. Eu sei que muitos pacientes aguardam em pé ou fora da própria Unidade, mas o problema é de espaço físico” (O1U2). Nas três USFs os usuários esperam ser atendidos em pé uma vez que o espaço físico é impróprio para o grande número de pessoas que procuram atendimento.

O acolhimento tem sido estudado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país, buscando contemplar o princípio da integralidade no atendimento às famílias. Acolhimento é um processo de prática de saúde na perspectiva de concretização de um modelo assistencial adequado às condições

das necessidades da população. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela (FRANCO, 2008).

Analisando o processo de trabalho na questão do acolhimento nas USFs do município, observamos a necessidade de um esclarecimento na proposta do acolhimento, principalmente entre os profissionais que atuam nas equipes de enfermagem, já que as atividades de recepção e da própria equipe de saúde são realizadas, em sua maioria, por pessoas sem capacitação.

Constatamos que poucos profissionais se envolvem com as ações relacionadas ao acolhimento das crianças menores de cinco anos. “Eu tento realizar acolhimento, mas às vezes, falta apoio da gestão e das próprias mães que não trazem as crianças para realizarem puericultura e serem avaliadas pela equipe de saúde” (O2U1). “Eu já cansei de mandar ofícios para a secretaria e até para o prefeito, e até agora nada. Faço a minha parte. Cabem agora eles fazerem a deles” (EU3).

Campos (2003) afirma que devemos desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos, como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um. O mesmo autor ratifica que a prática de acolher consiste em uma escuta qualificada que todos os funcionários que atuam na área da saúde devem realizar. Para isso, é necessário ouvir as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a sua competência profissional.

Além de não ouvirem e acolherem bem as crianças que procuram assistência nas USFs, ressaltamos que outros fatores, como a ausência de puericultura nos cronogramas das USFs, não realização de busca ativa das crianças faltosas e ações isoladas entre equipe de enfermagem e médica, têm contribuído para a não realização da puericultura pelas equipes de enfermagem. Esses fatores são ainda mais significativos, quando verificamos que até a realização das medidas antropométricas das crianças que procuram assistência não estão sendo realizadas pela equipe de saúde.

“Na verdade o acompanhamento que é feito aqui é pelos ACSs que realizam as medidas antropométricas todos os meses. Eu faço atendimento geral e aí, dentro do geral, eu atendo as crianças já que a demanda é muito grande aqui” (EU2). A interação da equipe, criando mecanismos de acolhimento, é uma possibilidade de buscar a melhor forma de não deixar o paciente se sentir desprezado, sem importância.

Já de acordo com outra profissional, um outro fator contribui para a não continuação das consultas de enfermagem junto às crianças assistidas no município. Na sua percepção, as mães não colaboram com a prática da continuidade da assistência já que só trazem as crianças quando as mesmas apresentam algum problema de saúde.

A gente tem os instrumentos básicos para fazer uma boa puericultura, mas o que atrapalha nem é muito o serviço. É a consciência das mães, pois se elas seguissem mesmo o que a gente orienta sobre puericultura, que seria o acompanhamento do crescimento da criança, a gente conseguiria atender a todas as crianças, mas é como eu falei a você: elas só trazem as crianças para cá quando elas já estão com alguma queixa (E3U2).

Acreditamos que este fator isolado não deve ser colocado como entrave à prática da puericultura, uma vez que houve unanimidade nas respostas das mães e/ou responsáveis quanto à importância da continuidade da assistência das crianças pela equipe de enfermagem, inclusive comprovada por meio de relato de uma das profissionais: “Uma mãe falou-me que deixa de fazer tudo em busca da saúde de seus filhos. Toda vez que a doutora pede para ela voltar com sua criança, ela volta” (O3U3). A fim de mudar esta realidade, a enfermeira deve tentar sensibilizar as mães e os outros colegas de trabalho, em relação à importância da realização da puericultura junto às crianças menores de cinco anos de idade, além de promover espaços para a realização da puericultura.

Peduzzi (1998) alerta para a necessidade de um agir comunicativo que viabilize a interação entre os profissionais, a partir das boas relações pessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas que os agentes busquem a articulação das ações, a coordenação dos saberes técnicos, e a cooperação, como também a interação, no sentido do reconhecimento e entendimento mútuo.

Segundo Schimith e Lima (2005), a ESF vem mantendo a forma excludente de atendimentos, reproduzindo procedimentos mecanizados e fragmentados. Não houve superação do modelo assistencial tradicional, e a população ainda não conseguiu exercer, efetivamente, o controle social para a garantia do direito institucionalizado em 1988. Nesse contexto, algumas estratégias devem ser pensadas como potenciais para enfrentar o cenário: integrar o PSF aos demais serviços de saúde, constituindo possibilidade do desenvolvimento de ações resolutivas das equipes, que acolhem, escutam, encaminham e garantem ao usuário a mobilidade pelos serviços que atendam às suas necessidades de saúde, garantindo a integralidade da atenção à saúde da população, notadamente das crianças.

É fundamental entendermos que as equipes devem se organizar, para garantir tanto o atendimento de consultas agendadas, quanto o da demanda espontânea, assistindo todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde. A execução do planejamento do agendamento de consultas dependerá da estratégia de atendimento adotada pela equipe de saúde, notadamente com o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar.

No diário de campo, registramos o descomprometimento de uma das equipes no tocante ao horário que os profissionais ficam na USF. A própria enfermeira relatou que é comum ouvir queixas da comunidade, frente às rápidas consultas realizadas pelos profissionais, atribuindo esse fato ao tempo restrito que a equipe permanece no ambiente de trabalho. “O pior de tudo isso é que chegamos às 9h30 e vamos embora às 13 ou 14 horas (horário do almoço). A culpa disso é da gestão que nunca resolveu o problema de alimentação dos profissionais que trabalham na zona rural” (O2U2).

Não podemos aceitar este fato como justificativa para a rapidez das consultas, uma vez que, em outros momentos, não havia muitas pessoas para serem atendidas pela equipe de enfermagem, e a profissional agiu da mesma forma. Segundo Figueiredo (2001), o acúmulo de consultas em determinado horário compromete o atendimento de enfermagem, há estresse para realização do trabalho e para estarem disponíveis para um atendimento mais próximo da clientela. Essa forma de organização do trabalho dificulta a realização de ações que contemplem a assistência infantil em sua integralidade.

Filgueiras e Deslandes (1999) relatam que a dificuldade de escuta e das ações de educação em saúde, centradas em medidas prescritivas, foram encontradas em um estudo que eles desenvolveram sobre as ações de aconselhamento. Não é quase permitido ao usuário participar de seu projeto terapêutico. É comum, em serviços de saúde, uma desvalorização do saber popular, e essas limitações acabam por diminuir a adesão do usuário ao tratamento ou mudanças propostas pela equipe. Além disso, ocorreu o desprezo com a vida humana por parte de um profissional.

Em um atendimento realizado por uma das equipes, a auxiliar de enfermagem observou uma criança que estava com problemas de higiene. Ao indagar o tio da criança sobre as precárias condições de higiene, o mesmo respondeu que estava atualmente desempregado e até sabonete estava faltando em sua residência. A profissional não fez nenhuma recomendação ao usuário e comentou com o pesquisador que tudo era mentira. No entanto, ao conversar melhor com o responsável pela criança, o mesmo relatou que tinha consciência sobre o estado daquela criança e que todos em sua residência estavam

desempregados e só estavam se alimentando graças aos vizinhos e uma pequena renda mensal do Governo Federal (bolsa família).

Este fato nos faz refletir que a intersectoriedade no município quase não existe, uma vez que não há uma interação e colaboração de todos os setores da prefeitura em relação à prática do acolhimento e criação de vínculos entre profissionais e comunidade. É fundamental que exista essa intersectoriedade, desde a área de educação, passando pela ação social, até a saúde.

Não podemos esquecer que nós, profissionais de saúde, devemos sempre pautar nossas ações para a construção de uma assistência de saúde integral e de qualidade junto à população. Para isso, precisamos lançar mão de todas as nossas competências e ferramentas disponíveis, dentre elas a da escuta e compreensão dos saberes dos usuários.

A família, em geral representada na puericultura pela figura da mãe, deve ser estimulada a se envolver, querer saber e a cuidar da saúde dos seus membros. A enfermagem deve estar atenta para essa necessidade que, muitas vezes, não é expressa pelo desconhecimento, principalmente de mães que acompanham o primeiro filho a um atendimento ou à primeira vacina.

A mãe que questiona, sugere que tenha sido orientada anteriormente, vivenciou essas dificuldades ao cuidar de seus filhos, ou precisa ser orientada novamente. Reforçar orientações é um momento de educação em saúde, de estarmos atentos para o autocuidado, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Franco e Merhy (2003) entendem a ESF, baseado nas diretrizes da escuta, responsabilização e autonomização do usuário. Afirmam que o local de atendimento deve ser propício para a prática do diálogo permeável a todos os usuários e profissionais que dela necessitarem. Sendo assim, todas as pessoas, profissionais e usuários devem ser ouvidos, e ter autonomia sobre os cuidados de saúde desenvolvidos junto a um usuário que procura atendimento em um serviço de saúde.

Segundo Ceccim (1997, p. 31), o termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, mais do que isso, busca

perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade.

Ao longo das observações, foi comum a não realização dos registros de enfermagem das crianças atendidas nas USFs. Quase não observamos a realização dos mesmos durante a pesquisa. Todos os atendimentos e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem para com as crianças foram esquecidos ou não registrados. Para dar visibilidade a esse aspecto, relatamos uma cena comum nas três Unidades: após a saída da criança da sala, não se observou nenhum registro de enfermagem realizado pela profissional no prontuário da família. Em seguida, a enfermeira pediu que o próximo usuário entrasse a fim de ser atendido, alegando que muitos outros ainda esperavam por atendimento. Nem mesmo ao final do período de trabalho, os registros foram realizados (O1, O2, O3/U1, U2 e U3).

Ao perguntar o porquê dessa prática de enfermagem, uma das entrevistadas (O1U3) respondeu que “devido à grande quantidade de pessoas que procuram atendimento diário não é possível à prática dos mesmos”. Outra profissional afirmou que é, no final do dia, que ela registra todos os dados, no entanto, não observamos a mesma desenvolver tal prática durante o período da produção dos dados empíricos: “após atender todos os pacientes, é que eu faço os registros, principalmente das crianças e gestantes atendidas” (E3).

Em outra ocasião, após duas crianças serem atendidas pela enfermeira, a mesma deu início às consultas das gestantes e de outras pessoas que aguardavam a vez de atendimento, sem registrar nenhuma informação referente à última consulta realizada. Devemos sempre nos lembrar da importância dos registros de enfermagem dentro do processo de trabalho de cada equipe de saúde.

Na ESF, os registros são importantes instrumentos de planejamento das ações de saúde uma vez que fazem parte do processo do cuidado humano (MATSUDA et al., 2006). Quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins, como: pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros.

As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de visibilidade ao seu trabalho e da qualidade da atuação da enfermagem. Segundo Santos, Paula e Lima (2003), 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela enfermagem. Portanto, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário dos usuários.

Mesmo salientando a importância dos registros, algumas profissionais continuam não correspondendo com os mesmos, o que acarreta dificuldade para organização do trabalho de toda a equipe de saúde. Observamos muita dificuldade na avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças cadastradas pela equipe de enfermagem, devido à falta de registros nos prontuários da criança.

Este fato veio à tona ao ser perguntado a uma das entrevistadas como ela fazia para saber se uma determinada criança estava ou não correspondendo às ações de enfermagem. A mesma respondeu: “Quando a mãe não retorna ao serviço de saúde é sinal que a ação de enfermagem teve efeito positivo” (O1U2).

Em suma, podemos evidenciar, ao longo das observações, no dia-a-dia da prática de ações de atenção à saúde da criança e puericultura por parte da equipe de enfermagem, que seus profissionais podem saber muito mais do que são capazes de dizer e registrar. Porém esse conhecimento é um recurso que precisa ser gerenciado, para atingir plenamente os objetivos organizacionais, notadamente dentro do processo de trabalho da equipe que realiza ações de saúde a inúmeras crianças menores de cinco anos de idade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de assistência às crianças, quando realizadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família funcionam como ferramentas indispensáveis na construção do SUS, além de proporem novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças. Elas têm como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças, a fim de possibilitar uma assistência integral e de qualidade para com as mesmas.

A pesquisa demonstrou que as três equipes de enfermagem que atuam nas USFs do município não promovem ações efetivas relacionadas à prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento junto às crianças menores de cinco anos, em suas áreas de abrangência. As consultas de enfermagem a essa clientela centraram-se na patologia.

Observamos que, por meio desse tipo de consulta, equipe de enfermagem e comunidade perdem inúmeras oportunidades de visualização do objeto de trabalho da enfermagem, em relação à saúde da criança, como as relacionadas às condições de existência da criança e sua família, moradia, escolaridade, nutrição, etc.

Na verdade, não se realiza puericultura no município, conforme o preconizado pelo MS. Apenas as medidas antropométricas estão sendo realizadas, porém de forma descontínua e desarticulada da avaliação do desenvolvimento infantil. Deveríamos assistir cada criança como um ser especial e com características particulares, avaliando, todos os meses, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças menores de cinco anos de idade.

Tendo em vista que as equipes de enfermagem não estão realizando a puericultura e outras atividades de assistência à criança, conforme preconizada pelo MS, este estudo revelou a necessidade de as equipes de saúde refletirem sobre o modo de organização de seu processo de trabalho no que tange à saúde da criança.

Acreditamos que o campo da saúde da criança no município pesquisado necessita de uma abordagem integral, para transformar a realidade atual em relação à prática da assistência à saúde da criança, na qual todos os profissionais de enfermagem devem ter em mente a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, cadastradas em cada USF.

É imprescindível que as orientações relativas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. A enfermagem deve operacionalizar seu processo de trabalho, a fim de estreitar as relações entre os serviços de saúde e comunidade, com o objetivo de desenvolver ações de saúde de qualidade e de modo integral para todas as crianças.

A organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, na área de saúde da criança, exige práticas consonantes com as políticas públicas e com as diretrizes do SUS. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir com os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde, notadamente a equipe de enfermagem, no tocante a importância da promoção da puericultura junto às crianças e incentivo às pesquisas e ações, referentes ao tema abordado, abrindo caminhos para outras experiências que abordam a saúde da criança e a ESF.

Diante dos resultados, comprovamos a necessidade de se implantar ações direcionadas às equipes de enfermagem que não estão realizando puericultura nas USFs, considerando o aumento contingente populacional infantil no município, as necessidades específicas e multidimensionais que as crianças apresentam e, principalmente, as propostas da ESF centradas na promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento adequado para os casos de maior complexidade.

As equipes de enfermagem necessitam mudar o modo de assistir as crianças, construindo uma nova subjetividade de promoção de saúde para os usuários. Elas devem oferecer a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo; e o outro, o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, em que tanto o profissional quanto os usuários podem ser produtores de saúde.

Devemos priorizar, sobretudo, a prática do acolhimento, já que o mesmo possibilitará uma melhor relação entre equipe e a população, resultando, sobretudo, numa prática assistencial mais humanizada. Só após o acolhimento junto às crianças e família, é que a equipe de enfermagem deve dar início às consultas propriamente ditas.

O estudo foi de grande importância para o pesquisador, porque proporcionou conhecimento específico acerca dessa temática, permitindo aprofundarmos o conhecimento nesta área; e identificarmos os fatores que dificultam ou impedem a prática de puericultura no município. Além disso, constituiu em uma experiência única diante dos resultados obtidos,

durante a realização do Curso de Mestrado, uma vez que, por meio deste, poderemos modificar a realidade encontrada no município, em relação às ações de enfermagem no acompanhamento da saúde das crianças.

Propomos como ações de saúde direcionadas às crianças atendidas nas USFs: implantação do atendimento sistemático às crianças, organizando formulários de avaliação global, considerando sua viabilização nas ações da ESF; realização de treinamento envolvendo puericultura e saúde da criança para os profissionais envolvidos na ESF; sensibilização dos gestores sobre a necessidade de espaço físico adequado para o atendimento à criança; estabelecimento de uma maior frequência de visitas domiciliares às famílias com crianças fragilizadas ou dependentes, envolvendo toda a equipe nas orientações dos cuidadores e, principalmente, procurando dar suporte ao cuidador familiar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências sociais**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ANTUNES, R. Fordismo, Toyotismo e acumulação flexível. In: **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995. p.13-38.

ARCÊNCIO, R. A. Análise do perfil dos nascidos vivos no município de São Carlos no ano de 2004. In: **Anais do 5º Congresso Nacional de Pesquisadores**. UNICEP. São Carlos, 2006.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 06-10, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 Out. 2008.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVOREDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 114, Junho, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jped/v81n1>. Acesso em: 01 Set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 da Atenção Básica de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia**: o sujeito em questão. HUCITEC: São Paulo, 2006.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão**: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Campinas, 2003. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

CECCIM, R. B. **Criança hospitalizada**: a atenção integral como uma escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997, p. 27-41.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp, p. 143-7, Fev. 2000.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica**. 2 ed. Goiânia: AB, 2001.

COLLET, N; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde Primários: 12 de Set. 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS.

DEJOURS, C: **A loucura do trabalho**: estudo em psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DEL CIAMPO, L. A. Family Health Care Program and child health care. **Ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 17-24, 1979. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 07 Nov. 2007.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, abril, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 Nov. 2008.

FIGUEIREDO, G. L. A: **A enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em Unidade Básica de Saúde**: fragmentos e reconstruções. Ribeirão Preto, 2001, 175p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.121-131, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 08 Set. 2008.

FRANCO, M. T. G: **Papel da enfermagem no acolhimento com classificação de risco**. Rio de Janeiro, s/d. Disponível em <<http://portal.saude.sp.gov>>. Acesso em: 02 Set.2008.

FREIRE, M. M. **Vidas desperdiçadas: a puericultura no discurso da OMS**. Rio de Janeiro: Abracon, 1991.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 193-197, mar./abr. 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, A C. G. **Avaliação do desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose no município de Bayeux-PB: o vínculo e o processo de trabalho na atenção primária à saúde**, 2007, 154f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

GOMES, R. et al. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1207, nov/dez. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS: **Sistema de Informação de Atenção Básica**, Brasília, 2007.

JAEGER, W. **Paidéia - a formação do homem grego**. Brasília: Martins Fontes, 1989.

LUNARDI FILHO W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: Editora 1999.

LUTZ, A. **Revolução Pasteuriana**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em: 05 Fev. 2008.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **Revista RADIS Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 49, p. 55-57, 2007. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/radis/49/capa.html>. Acesso em: 03 Out. 2008.

MARQUES, M. B: **A questão populacional internacional e as doutrinas e práticas sanitárias voltadas para a saúde materno-infantil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1982.

MARX, K. **O capital**. 8 ed. São Paulo: Difel, v. 1, p. 201-223, 1992.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do

cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v. 8, n. 3 p. 415-421, 2006.

Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a12.htm>>. Acesso em: 10 Jun. 2008.

MDLOR, V. Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.

Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 119-25.

MENDES-GONÇALVES R B. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR Série Textos, v. 1. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MIRANDA, P. S. C. Mortalidade por homicídios em bairros e favelas da região centro-sul de Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 71, 2001.

MISHIMA, S. M. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 137-56.

NOGUEIRA, P. R. **O trabalho em serviços de saúde.** Brasília: OPAS, 1997.

ORLANDI, O V. **Teoria e prática do amor à criança:** introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. 234 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 17 Dez. 2008.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT. São Paulo, 1998, p. 159-178.

RIBEIRO, F. A. **Atenção primária e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** 2005, 87f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, jan., 1990.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Unesp, 1994.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A. de; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 80-87, jan. - mar. 2003.

SCHIMITH, M. D. LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo no programa de saúde da família: uma realidade ou um desafio? **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 6, p. 1487-94, jun., 2005.

SEMINOTTY, N.; GUARESCHI, N. **Projeto Acolhimento:** sensibilização de trabalhadores da rede básica de saúde através de intervenções em grupos. São Paulo, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária** – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção da saúde da família.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

VICENTINO, C. **História geral.** São Paulo: Scipione, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

Aspectos a serem observados (observação participante):

- Dinâmica do trabalho do enfermeiro nas ações de puericultura desde a chegada da mãe e da criança até sua saída da USF;
- Modo de abordagem na realização do atendimento;
- Instrumentos de trabalho utilizados durante a puericultura;
- Realização de encaminhamentos, quando necessários;
- Tecnologias empregadas para o desenvolvimento da puericultura;
- Ações específicas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: medidas antropométricas, avaliação de reflexos, acompanhamento e orientações nutricionais, amamentação e orientações ao desmame, imunizações, etc.;

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome do profissional

Sexo

Tempo de experiência profissional

Idade

Cursos realizados na área de atenção básica

Cursos realizados na área de saúde da criança

II - QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Qual a sua concepção sobre puericultura?
- 2) Comente sobre a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem em relação à prática de puericultura.
- 3) Quais as ferramentas utilizadas pela equipe de enfermagem na prática de puericultura?
- 4) Quais os fatores que impedem ou dificultam a prática da puericultura?

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se **O Processo de Trabalho da Enfermagem nas Ações de Puericultura em Unidades de Saúde da Família (USF)**, e está sendo desenvolvida por **Wesley Dantas de Assis**, Mestrando de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação do (a) Prof (a) **Dra. Neusa Collet**.

O objetivo da pesquisa é Compreender a prática de puericultura desenvolvida pelos enfermeiros das USF de um município paraibano.

Como benefício à pesquisa poderá contribuir para sensibilizar os enfermeiros que trabalham no município sobre a problemática da ineficiência ou inexistência da prática da puericultura pelos mesmos, de modo a subsidiar a formulação de mudanças com vistas à promoção de novas reflexões sobre o processo de trabalho desses profissionais nas USF. Não haverá nenhum risco e desconforto com sua colaboração.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) Senhor não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada (se for o caso), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

O (s) pesquisador (es) estará (ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Salgado de São Félix, _____ de _____ de 2008.

**Assinatura do Participante da Pesquisa
e/ou Responsável Legal**

Wesley Dantas de Assis
Pesquisador Responsável
Contato: Fone: 3227-0256/9109-8998
E-mail: wesley-dantas@bol.com.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)