

AS TECNOLOGIAS INTER-RELACIONAIS NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DE DOCUMENTOS OFICIAIS¹

Andresa Braun Novaczyk*
Maria Aparecida Munhoz Gaíva**

RESUMO

Este estudo discute as proposições relativas à assistência à criança no âmbito da atenção básica presentes nas políticas nacionais para a infância. Recorreu-se à análise documental de proposições políticas referentes à atenção básica e à infância, em três documentos do Ministério da Saúde vigentes de 2003 a 2006. Para o tratamento dos dados documentais, optou-se pela técnica de análise de conteúdo. Identificaram-se contradições entre os documentos analisados em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à perspectiva da integralidade. As transformações e avanços conquistados no âmbito da atenção à saúde são imensos desde a instituição do SUS e, especificamente, após consolidação do Programa Saúde da Família como eixo reorientador do modelo de atenção básica; porém, no tocante à perspectiva da integralidade na atenção à saúde da criança, ainda se tem um longo caminho a percorrer, que requer o esforço coletivo por parte dos profissionais, gestores e comunidade.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Política de saúde. Qualidade da assistência à saúde. Saúde da criança.

INTRODUÇÃO

A criança tem sido alvo de muitos estudos e de destaque nas proposições políticas, devido a sua vulnerabilidade e por considerar-se que contribuir no atendimento às suas necessidades de saúde tornará maior a probabilidade de ela atingir a idade adulta com qualidade de vida. A atenção à saúde prestada à criança tem sido prioridade no âmbito governamental também em função dos índices de mortalidade infantil, que, embora tenham sido reduzidos nos últimos anos, ainda permanecem elevados em algumas regiões do Brasil. Os desafios para implantar e implementar ações em prol da saúde da criança são inúmeros e complexos. Os serviços e o sistema de saúde têm papel fundamental na efetivação de políticas que contribuam para a diminuição dos índices de morbimortalidade no país.

As ações políticas que vêm sendo propostas ao longo do tempo em prol da atenção à saúde da criança nem sempre atingem os objetivos. Ainda nos deparamos com um alto índice de mortalidade infantil no País, especialmente na

Região Nordeste. São vários os fatores a serem enfrentados para melhorar este quadro de saúde da população infantil, os quais englobam responsabilidade política dos governantes e dos profissionais de saúde em prol da mudança efetiva do modelo assistencial vigente, que valoriza a doença, o procedimento e a assistência individual.

Atualmente a produção de serviços de saúde no Brasil caracteriza-se por um momento de transformações em torno da construção de um novo modelo de atenção. Neste sentido, a atenção básica se expande e se fortalece como núcleo reorientador do modelo assistencial em saúde, via estratégia do Programa Saúde da Família (PSF)⁽¹⁾.

O PSF, como estratégia de mudança do modelo de atenção básica, vem envidando esforços para modificar o processo de assistência à saúde da criança, utilizando para isso conceitos fundamentais de vínculo, respeito, humanização, corresponsabilidade⁽¹⁾, entre outros, o que aponta para a reorientação do processo de trabalho nas unidades de saúde, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na

¹Extraído da Dissertação de Mestrado "Assistência à Saúde Integral da Criança na Atenção Básica: uma análise da política nacional atual" apresentada ao Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em 2008.

*Enfermeira técnica da Coordenadoria de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Mestre em Enfermagem. E-mail: andresabraun@hotmail.com.

**Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa Argos e Pesquisadora do CNPq. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

atenção à criança; porém existem espaços a serem preenchidos entre a prescrição normativa e a operacionalização no cotidiano dos serviços.

Um estudo que analisou como médicos integrantes do PSF percebem sua atuação na área da saúde da criança, em contraponto aos postulados da Agenda de Compromissos, mostrou que as quatro linhas de cuidado prioritárias dessa agenda estão sendo seguidas nas unidades do PSF, mas que apesar de um comprometimento muito grande dos médicos com a população infantil, eles estão muito mais envolvidos no atendimento da doença, e que, em muitos momentos, só estão conseguindo ser porta de entrada para a unidade, e não para o SUS, afastando cada vez mais a tão sonhada integralidade da assistência⁽²⁾.

Pesquisa qualitativa realizada em unidades de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba, com o objetivo de conhecer a percepção dos trabalhadores de saúde sobre a organização e as práticas de atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família, evidenciou que, apesar de haver um processo de mudança do modelo hegemônico para um modelo de práticas com vistas à promoção da saúde, há necessidade de investimentos em infraestrutura das unidades e capacitação dos profissionais e de políticas públicas que garantam integralidade do cuidado⁽³⁾.

Assim, a assistência integral à saúde da criança no PSF ainda é um processo em construção, situado em uma prática que busca a mudança do modelo assistencial, até o momento centrado na doença. O atendimento à criança pela equipe de saúde da família, baseado na promoção de saúde com novas práticas e tecnologias, permite constituir uma atenção mais integrada e humanizada.

O princípio da integralidade consiste no direito que as crianças têm de serem atendidas adequadamente no conjunto de suas necessidades e no dever do Estado de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades. Essas devem ser atendidas em todos os níveis de assistência, por meio de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação⁽⁴⁾.

A integralidade da assistência à criança não é somente escuta, diálogo e relações afetivas, mas

esses são instrumentos que potencializam e qualificam o cuidar e o cuidado. A integralidade do cuidado não se realiza fora do contexto multidimensional da criança e de sua família, do processo de crescer, desenvolver-se e adoecer da criança e das subjetividades das relações⁽⁵⁾.

Justifica-se o presente estudo pela relevância que as políticas de saúde assumem no cenário do país, já que são desenhadas para dar respostas às necessidades de certos grupos populacionais, aqui, especificamente ao grupo infantil. Além do mais, os conteúdos das políticas de saúde são fundamentais para direcionar os processos e as práticas dos modelos de assistência à saúde na perspectiva da integralidade⁽⁶⁾. Este estudo visa discutir as proposições para a assistência à criança no âmbito da atenção básica presentes em documentos estratégicos da política nacional com implicações para esse grupo, por entender que, apesar de todos os avanços na atenção à infância, esta ainda está centrada no atendimento individual e não atende integralmente às necessidades de saúde dessa população.

MATERIAL E MÉTODOS

Em conformidade com o objeto deste estudo, que são as proposições políticas que orientam a assistência à população infantil no âmbito da atenção básica, elegeu-se a abordagem qualitativa para responder aos objetivos delineados. Essa abordagem permite uma compreensão dos valores de um determinado grupo sobre um tema específico, assim como o estudo de políticas públicas e sociais do ponto de vista de sua formulação e aplicação técnica e dos usuários a quem se destina⁽⁷⁾. Para atender aos objetivos desse estudo foi escolhida a pesquisa documental, pelo fato de ser uma técnica adequada à análise de dados históricos⁽⁸⁾, como os compreendem as políticas públicas.

Para a construção teórica e análise dos dados, utilizou-se como fonte de informações, além dos documentos do Ministério da Saúde relativos à política de saúde no Brasil e, especificamente, à atenção à saúde da criança, a literatura atual sobre a temática.

Neste artigo analisamos dois grupos de políticas vigentes. O primeiro engloba o documento que orienta a política da atenção básica no país: Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB) - Portaria 648/GM/MS, de 28 de março de 2006⁽⁹⁾; e o segundo é composto por dois dos documentos mais recentes relativos à organização da assistência à criança: Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) - Módulo Introdutório⁽¹⁰⁾, e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽¹¹⁾. Estes dois documentos foram eleitos por serem as proposições mais recentes da atenção à saúde da criança, contemplarem a assistência no âmbito da atenção básica e portarem entre seus objetivos o desenvolvimento de uma atenção integral à população infantil.

Para o tratamento dos dados documentais, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, de acordo com os passos preconizados⁽⁷⁾, evidenciando os significados emergentes no material, de acordo com os objetivos do estudo. A análise de conteúdo possibilita uma reflexão e um desdobramento do que está definido nos documentos, mas não trata estes como portadores da verdade absoluta.

Considerando-se a importância das tecnologias inter-relacionais para a atenção à saúde da criança na perspectiva da integralidade e o fato de elas serem consideradas por vários autores como o pilar na reorientação do modelo de atenção⁽¹²⁾, optou-se neste estudo por trabalhar com esse componente, embora o conteúdo das políticas analisadas contemple outras dimensões da atenção à saúde da criança. Neste texto estamos utilizando o termo tecnologias inter-relacionais como o conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, as relações interpessoais e as intersubjetividades na produção de cuidado em saúde voltados à criança.

A partir do processo analítico dos documentos estudados em relação ao tema em debate neste artigo, identificamos quatro categorias, que serão discutidas a seguir: humanização, acolhimento, vínculo e responsabilização e trabalho em equipe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos pilares da mudança do modelo assistencial é a macropolítica do processo de trabalho em saúde, ou seja, os espaços de gestão

dos processos e das organizações de saúde; porém a dimensão da macropolítica, por si só, não responde à demanda e às necessidades de saúde da população. O espaço da micropolítica, constituído pelas inter-relações, embora complexo, é um pilar preponderante na mudança do modo de produção do cuidado⁽¹²⁾, tornando-o mais humanizado.

O contexto macropolítico é imperativo na resolução dos problemas no setor saúde, por isso nele devem ser operadas mudanças organizacionais e a ele deve ser dado aporte financeiro suficiente; porém as mudanças não podem restringir-se a ele, sendo também necessárias profundas transformações no processo de trabalho no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, o cenário de produção do cuidado, em que se situa o aspecto relacional trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador. É no contexto micropolítico que têm sido apresentadas novas tecnologias em saúde, como, por exemplo, o vínculo e o acolhimento⁽¹³⁾.

As tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde são classificadas como: **tecnologia leve** (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão dos processos de trabalho, etc.); **tecnologia leve-dura** (saberes bem-estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia, a psicanálise, etc.); e **tecnologia dura** (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais)⁽¹³⁾.

Destarte, é nas tecnologias leves, ou no espaço micropolítico do processo de trabalho, que se expressam as relações interpessoais e as intersubjetividades, elementos importantes para assistir a população infantil e tornar a relação entre a equipe e os usuários e dentro da própria equipe uma relação de comprometimento, de cuidado e de respeito.

Os três documentos analisados apontam como tecnologias inter-relacionais do processo de trabalho a humanização do cuidado, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização e o trabalho em equipe. Apesar de se entender que esses elementos estão intimamente relacionados, portanto, que são difíceis de apreender de forma isolada, aqui serão abordados em separado para dar-lhes o destaque necessário no cuidado à criança.

Humanização do cuidado

Cabe destacar que humanização do cuidado aqui está sendo apresentada como um valor, uma vez que está imbricada com todas as tecnologias inter-relacionais que serão discutidas a seguir.

Apesar da temática de a humanização estar sendo amplamente discutida no âmbito da saúde, o termo “humanização” necessita de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho do que como um aporte teórico-prático. Geralmente a noção de humanização se relaciona à assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e referências culturais e à valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes⁽¹⁴⁾.

A discussão sobre humanização impõe a revisão paradigmática das práticas de saúde, em que as necessidades integrais do cliente passam a ser o foco da assistência, em detrimento da abordagem centrada na doença⁽¹⁵⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica, ao destacar as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, recomenda a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização para sua efetivação⁽⁹⁾.

A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma política de qualificação do SUS, não podendo ser entendida apenas como um programa a mais a ser implantado/incorporado nos processos de trabalho, mas como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS⁽¹⁰⁾. A humanização deve se traduzir em princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre os diversos serviços e outras instâncias.

Neste sentido, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽¹¹⁾ faz referência à humanização nos seus princípios norteadores do cuidado da criança, ressaltando a importância de acolher toda criança que procure o serviço de saúde e de estabelecer com ela uma relação cidadã e humanizada. O fato de a criança que procura os serviços de saúde ser atendida e ter suas necessidades identificadas já se coloca como uma relação humanizada, de compromisso

e de respeito ao sujeito.

Em relação ao atendimento à criança, é impossível dissociá-la da mãe ou de seu cuidador, pois a criança entre zero e cinco anos ainda é um ser indefeso, totalmente dependente de seu cuidador. Por isso é necessário que a relação humanizada também se estenda à mãe, e, como mostram os documentos, ela deve iniciar já na gestação⁽¹¹⁾. Assim, oferecer um atendimento humanizado é assistir à criança como sujeito de direitos.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços a resolutividade de suas necessidades como sujeitos de direitos; é respeitar cada pessoa ou família em sua singularidade em suas necessidades específicas - com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos - ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia⁽¹⁶⁾.

Prestar uma assistência humanizada é respeitar a autonomia da mãe/ cuidador em decidir, juntamente com a equipe, a melhor solução para atender às necessidades de saúde da criança, levando em consideração as manifestações da população infantil bem como o seu contexto socioeconômico e cultural.

Para tal, o profissional da equipe de Saúde da Família, ao desenvolver suas ações em saúde, não pode se centrar apenas na situação clínica específica, mas deve dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas⁽¹⁷⁾.

Acolhimento

Entre as tecnologias inter-relacionais, o acolhimento tem sido considerado um requisito primordial no processo de remodelação da atenção em saúde. Ele é um componente-chave da humanização da atenção e com esta se confunde em alguma medida.

O acolhimento, enquanto tecnologia leve do trabalho em saúde que opera estrategicamente no campo das inter-relações, tem sido destacado como diretriz operacional do modelo tecnoassistencial orientado pelos princípios do SUS essencial para a construção deste novo modelo de atenção⁽¹³⁾. A PNAB estabelece como uma das atribuições das equipes de atenção básica implementar o acolhimento.

O acolhimento não é um espaço ou um local,

mas uma postura ética que não impõe hora ou profissional determinado para realizá-lo; implica compartilhamento de saberes, angústias e soluções, devendo o profissional assumir para si o comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade para cada situação. Por fim, não é uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde⁽¹⁵⁾.

O acolhimento é considerado elemento essencial para a qualificação do atendimento à população infantil, permitindo olhar as crianças e famílias a partir de suas necessidades, desejos e dificuldades, de forma possibilitar uma atenção mais humanizada.

Em todos os documentos analisados, o acolhimento é tido como uma ferramenta fundamental para um atendimento humanizado. O acolhimento é considerado um ato de humanização, pois as relações entre sujeitos estão em jogo, havendo uma troca entre a equipe e o usuário no que se refere ao atendimento de suas necessidades de saúde.

A estratégia AIDPI, em sua introdução, reforça a importância do acolhimento pelos profissionais de saúde, atribuindo a eles a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que os aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia⁽¹⁰⁾.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil considera o acolhimento como um dos princípios norteadores do cuidado à saúde da criança. Assim, não basta receber a criança e encaminhá-la a outro profissional de saúde: é preciso recebê-la com compromisso, responsabilizando-se pelas suas queixas ou necessidades que a levaram a procurar o serviço por meio uma escuta qualificada. A nosso ver, para fazer uma escuta qualificada o profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidades e tentar encontrar a melhor forma de atender às demandas e proporcionar respostas satisfatórias ao problema. Acolher a criança não é tarefa somente de um profissional, mas de toda uma equipe comprometida com a saúde da população de sua área de abrangência⁽¹¹⁾.

Não obstante, na prática das unidades de

saúde da família o acolhimento tem sido realizado por alguns profissionais de saúde para organizar o serviço e continua voltado para a assistência médica, sem lançar mão das potencialidades dos demais integrantes da equipe de saúde⁽¹⁸⁾.

Em seus princípios norteadores, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil faz referência à escuta qualificada, afirmando que “toda criança que procura o serviço de saúde deve ser recebida com escuta qualificada.” Destaca ainda a importância de o profissional possibilitar a troca de experiências, ouvir as dúvidas, preocupações e dificuldades da mãe ou responsável pelo cuidado.

Esse momento de encontro permite uma maior confiabilidade e segurança por parte do usuário em relação à equipe de saúde e facilita consideravelmente a resolução dos problemas apresentados pela criança/família.

Um estudo realizado no município mineiro de Diamantina, que avaliou o acolhimento/postura dos profissionais na perspectiva de 384 responsáveis por crianças cadastradas em equipes de Saúde da Família, constatou que os responsáveis pelas crianças consideram satisfatória a postura dos profissionais durante o atendimento da criança, uma vez que tem ocorrido a interação profissional-responsável por meio da escuta, fala, tempo de atendimento e atenção à criança na unidade⁽¹⁸⁾.

A humanização da atenção à criança se dá na combinação dos conhecimentos técnicos do profissional e de sua capacidade de interação com a criança e família. Neste sentido, a postura do profissional é um importante instrumento para a humanização, já que por meio dela pode ou não ocorrer uma maior interação entre o profissional e quem está sob os seus cuidados.

Vínculo e responsabilização

Outro elemento referente às tecnologias inter-relacionais destacado nas políticas analisadas é a criação de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população infantil, também estreitamente relacionado à humanização. É no encontro com o usuário, no trabalho vivo em ato, que se manifestam alguns elementos das tecnologias leves do trabalho em saúde, como as tecnologias das relações, que se concretizam

através de práticas de acolhimento, vínculo e autonomização⁽¹³⁾.

A criação de vínculo com os profissionais de saúde permite que a criança e/ou responsável estabeleça com eles uma relação de confiança, efetivando-se um maior comprometimento com seu processo saúde-doença e, conseqüentemente, maior resolutividade das necessidades e demandas de saúde da população infantil.

Na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, a PNAB destaca que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família devem possibilitar a criação de vínculo de confiança com ética, compromisso e respeito⁽⁹⁾.

A criança necessita manter vínculos afetivos com a equipe, o que favorece o processo de resolutividade da atenção. A criança que conhece a equipe que lhe presta assistência é beneficiada no atendimento à saúde, pois se sabe que na infância o estranhamento, a desconfiança, o medo e a dependência afetiva da mãe são fatores inerentes ao processo de desenvolvimento e que, muitas vezes, eles dificultam as relações no processo assistencial.

A PNAB define que um dos fundamentos da atenção básica é o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado⁽⁹⁾.

Numa relação em que os sujeitos dependem um do outro, a confiança, a ética e o respeito são intrínsecos ao processo terapêutico. Esse vínculo entre equipe e usuário denota um compromisso de ambos no processo saúde-doença, conformando-se através da responsabilização⁽⁹⁾. Dessa forma, o vínculo, a responsabilização e a longitudinalidade do cuidado são interdependentes.

A ligação um pouco mais estável e duradoura entre a equipe e o usuário permitiria que este último exercesse melhor seu direito de cidadania. O usuário, conhecendo melhor os profissionais, saberia o nome, o posto e as atribuições dos responsáveis pelo seu cuidado⁽¹²⁾.

A estratégia AIDPI não menciona nenhum elemento que se conforma com o vínculo⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil destaca o vínculo como um dos princípios norteadores do cuidado à saúde da

criança, pois para a equipe responsabilizar-se pela população infantil é necessário o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e a criança e seu responsável, que garante a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade⁽¹¹⁾.

Assim, na perspectiva da integralidade do cuidado, a construção do vínculo relaciona-se com a capacidade da equipe e dos profissionais de se responsabilizarem pela saúde das crianças e famílias⁽⁵⁾.

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

Nos documentos analisados neste estudo, tentamos apreender o trabalho em equipe no âmbito da micropolítica do processo de trabalho, destacando as inter-relações e as subjetividades do trabalho.

A PNAB traz como uma das características do processo de trabalho da Saúde da Família o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. O trabalho interdisciplinar, nessa acepção, é considerado como a integração de diversos profissionais capazes de articular suas especificidades técnicas⁽⁹⁾.

Sabemos que cada integrante da equipe de saúde possui um saber, uma formação específica, uma especialidade técnica, inerente à sua profissão. Isso é muito importante para se efetivar o trabalho em equipe, porém o que se defende é que essas especificidades devem ser articuladas e integradas e superar o isolamento e a fragmentação dos saberes.

Dessa forma, percebemos que o atendimento prestado à população infantil calcado na integralidade é facilitado pelo conjunto de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, o que possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, que considere a complexidade da criança.

Nos documentos analisados, a estratégia AIDPI⁽¹⁰⁾ não aborda a temática referente ao trabalho em equipe. O documento destaca exclusivamente a atuação dos “profissionais de

saúde” como independentes na efetivação de suas ações e não menciona a articulação ou interação desses profissionais na busca de um atendimento integral à criança. Cada profissional presta o atendimento baseado em um protocolo sistematizado, sem a interdependência com outros saberes técnicos.

O trabalho em equipe também está inserido nos princípios norteadores do cuidado à saúde da criança na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, e é considerado como a articulação dos diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde para a efetivação do trabalho de forma solidária e compartilhada. A articulação dos saberes permite elaborar planos de atendimento em conjunto para as crianças pertencentes às áreas de atuação da equipe, possibilitando respostas mais abrangentes por meio do trabalho em equipe⁽¹¹⁾.

As necessidades de saúde da criança têm se tornado cada vez mais complexas, exigindo, assim, a integração de diversos saberes de diferentes âmbitos de atenção à saúde, como explicita a Agenda⁽¹¹⁾. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo cujo produto resulte da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento⁽²⁰⁾.

A atenção integral à criança só vai se concretizar com a mudança dos processos de trabalho. Neste sentido, o trabalho em equipe interdisciplinar, como proposto no PSF, fundamentado numa relação dialógica e na construção de um projeto comum e centrado nas equipes, trará a possibilidade de mudança do modelo tradicional.

CONCLUSÃO

Os elementos encontrados nos documentos, referentes às tecnologias inter-relacionais, que

tomam por base a perspectiva da integralidade, evidenciam de maneira clara um novo modo de assistir proposto para o SUS, mas também deixam clara a permanência de características do modelo médico-hegemônico, daí as limitações e contradições percebidas nas políticas estudadas. Neste sentido, os achados diante das proposições políticas analisadas apontam para avanços e contradições.

Se, por um lado, a PNAB propõe a reorganização da atenção básica, tendo o PSF como a estratégia prioritária para tal, as políticas atuais voltadas para infância, apesar de conterem os princípios centrais da atenção básica, ainda não têm a família como foco de ação, de modo que as ações curativas ainda são predominantes. Tal fato pode ser visto como uma incoerência em relação à proposta de mudança de modelo pretendido para a atenção básica.

Quanto à dimensão das tecnologias inter-relacionais, foram evidenciados os elementos que devem permear todo o processo de atendimento à criança pela equipe de atenção básica. A humanização, o acolhimento, o vínculo e responsabilização e o trabalho em equipe são destacados como pilares no processo de mudança do modelo de atenção à saúde da criança.

Para que o princípio da integralidade seja alcançado é preciso um investimento na concretização de algumas ações identificadas neste estudo que caminham na perspectiva da clínica ampliada, do enfoque na família, da realização do atendimento à criança. Nessa perspectiva a criança deve ser vista como um sujeito de direitos, com singularidades e vulnerabilidades. O cuidado para com ela deve promover sua autonomia e levar em conta o contexto socioeconômico e cultural em que ela vive. Deve igualmente conjugar ações de promoção, educação e vigilância em saúde, de prevenção de agravos e recuperação da saúde da população infantil.

INTERRELATIONAL TECHNOLOGIES ON THE CHILD HEALTHCARE: ANALYSIS OF OFFICIAL DOCUMENTS

ABSTRACT

This study discusses the proposals with regard to assistance given to children in the ambit of basic healthcare system, present on national policies for children. A documentary analysis of policy proposals relating to primary care and children in three documents from the existing Ministry of Health 2003-2006 was carried out. For the treatment of documentary evidence, the technique of content analysis was chosen. Inconsistencies were found between the documents analyzed according to the National Health System (SUS) and the prospect of

completeness. The changes and advances in the field of health care are immense since the introduction of SUS and, specifically, after consolidation of the Family Health Program as a model of reorienting the axis of primary care, but gearing up the perspective for integrality on child health, there is still a long way to go, which requires the collective effort on the part of professionals, managers and community.

Key words: Primary Health Care. Health Policy. Quality of Health Care. Child Health.

LAS TECNOLOGÍAS INTERRELACIONALES EN LA ASISTENCIA AL NIÑO EN LA ATENCIÓN BÁSICA: ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS OFICIALES

RESUMEN

Este estudio discute las proposiciones relativas a la asistencia al niño en el ámbito de la atención básica presentes en las políticas nacionales para la infancia. Se recurrió al análisis documental de proposiciones políticas referentes a la atención básica y a la infancia, en tres documentos del Ministerio de Salud vigentes de 2003 a 2006. Para el tratamiento de los datos documentales, se optó por la técnica de análisis de contenido. Se identificó contradicciones entre los documentos analizados en relación al Sistema Único de Salud (SUS) y a la perspectiva de la integralidad. Las transformaciones y avances conquistados en el ámbito de la atención a la salud son inmensos desde la institución del SUS y, específicamente, después de la consolidación del Programa Salud de la Familia como eje reorientador del modelo de atención básica; sin embargo, en lo que respecta a la perspectiva de la integralidad en la atención a la salud del niño, aún se tiene un largo camino a recorrer, que requiere el esfuerzo colectivo por parte de los profesionales, gestores y comunidad.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Política de Salud. Calidad de la Asistencia a la Salud. Salud del Niño.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.
2. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):349-58.
3. Alexandre AMC, Bicudo DO, Fernandes APP, Souza C, Maftum MA, Mazza VA. Organization of primary health care of children second professional: qualitative research. *Online braz j nurs*. (Online). 2010;9(1).
4. Prado SRLA. Integralidade: um estudo a partir da atenção à saúde da criança em modelos assistenciais distintos [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
5. Sousa FGM, Erdmann AL. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(2):150-60.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC; Abrasco; 2006. p. 39-64.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
8. Ludke M; André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2006a.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Curso de Capacitação. Módulo Introductório. Brasília, DF; 2003. Fotocópia.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF; 2004.
12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Colet*. 2004 jan-mar;9(1):7-14.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006b.
16. Zoboli ELCP, et al. O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2001. p. 47-50.
17. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*. 2008 jan-mar;1(7):45-52.
18. Ribeiro LCC. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família [dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2009.
19. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

20. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface Comun Saúde Educ. 2005 set-fev;9(16):25-38.

Endereço para correspondência: Andresa Braun Novaczyk. Rua Desembargador José de Mesquita, 255, apto 704, Bairro Araés, CEP: 78005-560, Cuiabá, Mato Grosso.

Data de recebimento: 24/06/2009

Data de aprovação: 25/08/2010