

A PUERICULTURA COMO MOMENTO DE DEFESA DO DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA¹

Raquel Dully Andrade*
 Jaqueline Silva Santos**
 Juliana Coelho Pina***
 Marta Angélica Iossi Silva****
 Débora Falleiros de Mello*****

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado da criança na prática de puericultura, à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde. Trata-se de estudo exploratório com análise qualitativa dos dados, a partir de entrevistas semiestruturadas gravadas com 14 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Passos-MG, sendo realizada análise temática dos dados. Nos resultados, as narrativas trazem aspectos sobre a avaliação da criança, identificação de situações vulneráveis e dificuldades na abordagem e condução dos casos. Retratam formas complexas e intersubjetivas de defesa da saúde da criança, requerendo responsabilidades e aprimoramento de saberes e práticas, para defender e proteger os sujeitos. Considera-se que os elementos fundamentais do cuidado de enfermagem englobaram atenção, sensibilidade e habilidade de comunicação para efetivar o cuidado e a advocacia em saúde, para respeitar, proteger e efetivar os direitos da criança, de modo integral e longitudinal.

Palavras-chave: Criança. Enfermagem. Direito à Saúde. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A criança é um ser em desenvolvimento, frágil para seu próprio cuidado, proteção e defesa, possuidora de direitos humanos e do direito à saúde, mas necessita de condições para que esses possam ser garantidos, bem como de atores que cuidem e zelem pela sua qualidade de vida, advogando pela garantia de seus direitos, sempre que se fizer necessário.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, expôs que a maternidade e a infância possuem o direito de cuidados especiais. De acordo com o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, de 1966 e ratificado pelo Brasil em 1992, toda criança tem direito, sem discriminação socioeconômica ou de qualquer outra natureza, às medidas de proteção que a sua condição de vulnerabilidade requer, tanto por parte de sua família, quanto da sociedade e do Estado. Já a

Convenção Internacional dos Direitos da Criança, adotada em 1989 e ratificada pelo Brasil em 1990, é um importante instrumento de proteção dos direitos humanos das crianças, reconhecendo-as como indivíduos que possuem direitos próprios, o que representou uma importante transformação de paradigma^(1,2).

A Convenção dos Direitos da Criança definiu o princípio da proteção integral, e no Brasil essa concepção foi decisiva para a adoção da Doutrina da Proteção Integral, referência para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em vigor desde 1990⁽³⁾. Esses instrumentos reforçaram que a criança é um ser de direitos, devendo ser garantida a preservação de sua dignidade como pessoa humana⁽²⁾. O ECA foi uma conquista importante, resultado das ações articuladas de movimentos sociais, de educadores e magistrados e de vários outros atores sociais que defenderam a ideia de uma sociedade responsável por condições mais dignas de vida para crianças e adolescentes⁽¹⁻³⁾.

¹Artigo originado de tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo.

*Enfermeira. Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos- Universidade Estadual de Minas Gerais, em Passos-MG. E-mail: radully@gmail.com

**Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. E-mail: jaque_fesp@hotmail.com

***Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. E-mail: jcoelho@eerp.usp.br

****Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. E-mail: maiossi@eerp.usp.br

*****Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. E-mail: defmello@eerp.usp.br

Remetendo à força da concepção de proteção integral, destaca-se que colocar os propósitos desse instrumento em prática é um desafio para pais, famílias, profissionais, gestores e grupos sociais.

Nesse cenário, destaca-se que, entre os direitos humanos, está o direito à saúde. No Brasil, na Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, um direito social básico, entre as condições de cidadania da população. Assim, a saúde materializou-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que afirmou a universalidade, integralidade e equidade da atenção, ampliando a concepção de saúde para além da ausência de doença, passando a ser entendida como qualidade de vida^(1,4).

E ainda, o direito à saúde recebeu destaque no texto constitucional, ao ser considerado como de relevância pública, caracterizando-se como fundamental para o exercício de outros direitos, sobretudo o direito à vida, sendo que o direito à saúde contempla o direito ao cuidado, cujas práticas devem respeitar os princípios próprios dos direitos humanos⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada diretriz para a reforma dos sistemas de saúde^(6,7), sendo importante aqui a atuação do enfermeiro que desempenha papéis no cuidado, na educação em saúde e na interlocução com vários atores sociais e que proporciona um contato próximo com usuários, famílias, profissionais, gestores, lideranças comunitárias e coordenadores de outros serviços e setores, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na APS, é importante a consulta de enfermagem para o acompanhamento da criança, com vigilância do crescimento e desenvolvimento, prevenção de agravos, promoção e manutenção da saúde, de modo sistematizado e generalista, centrada no ciclo vital e no contexto da família, buscando contribuir para que a criança alcance todo o seu potencial^(8,9).

A consulta de enfermagem se pauta nos princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações, devendo ser desenvolvida na assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde. O Art. 11, inciso I, alínea "i" da Lei nº

7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto 94.406/87 que a regulamenta, legitima e determina essa atividade como privativa do enfermeiro, o qual utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e comunidade⁽¹⁰⁾.

Diante da vulnerabilidade infantil⁽¹¹⁾, é um preceito ético que os profissionais, especialmente da saúde, se comprometam com a proteção e defesa das crianças. Não basta que o direito à saúde esteja expresso em documentos, é necessário torná-lo garantido de fato.

Uma atitude de defesa pela saúde da criança engloba múltiplos fatores, numa compreensão ampla do processo saúde-doença. Num momento em que determinantes sociais têm se destacado nesse processo, a atuação isolada do profissional e do setor saúde se torna muitas vezes incapaz de alcançar a resolutividade, tornando-se imperativo que o profissional de saúde, exercendo conscientemente o papel de advogado pela saúde daqueles que assiste, desenvolva um processo de comunicação para estabelecimento de parcerias com outros profissionais e setores, bem como com recursos da própria comunidade. Diante de uma vulnerabilidade vivenciada pela criança, o profissional de saúde deve identificar alternativas de resolução, buscando, em suas competências profissionais, subsídios para exercer as funções assistenciais, educativas e gerenciais necessárias ao papel da advocacia em saúde^(1,4).

O objetivo deste estudo foi analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado da criança na prática de puericultura, à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, com análise qualitativa, que buscou analisar narrativas de enfermeiros, privilegiando o modo como as pessoas entendem e experimentam os processos da vida⁽¹²⁾. A pesquisa de campo foi realizada em 2012, no município de Passos-MG, que conta atualmente com 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cobrindo cerca de 73% da população

local. Cada equipe possui um enfermeiro, totalizando 17.

O convite para participar do estudo foi efetuado para todos os enfermeiros, nas 17 Unidades de Saúde da Família, sendo que 14 enfermeiros atenderam voluntariamente, pertencentes a 14 unidades. Houve recusa de um enfermeiro, e dois estavam em licença-saúde. A coleta de dados foi baseada em entrevistas semiestruturadas gravadas. Buscou-se realizar as entrevistas estimulando os relatos dos enfermeiros de forma livre, permitindo que narrassem e refletissem sobre o cotidiano do cuidado da criança e suas relações com a família e com os serviços de saúde, bem como sobre a produção do cuidado e da defesa da saúde da criança. A entrevista livre também traz flexibilidade, profundidade e interação entre entrevistado e entrevistador, podendo proporcionar encontros ricos e esclarecedores⁽¹²⁾.

Na análise das entrevistas, buscou-se identificar e discutir significados organizadores dos relatos acerca de situações e ações relativas à prática de enfermagem em puericultura, tomando-se por referência um percurso interpretativo, na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde⁽¹³⁾. Todo o material foi digitado e organizado em arquivos individuais. Na interpretação dos relatos, foram percorridas as etapas da análise de conteúdo modalidade temática⁽¹²⁾: a) leitura preliminar do material, buscando mapear os sentidos atribuídos pelos sujeitos; b) interpretação dos conteúdos frente aos sentidos orientadores de seus relatos; c) elaboração de síntese interpretativa e organização em unidades temáticas de significados.

Os sujeitos do estudo foram denominados: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Ensino Superior de Passos, Parecer nº 25/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos entrevistados variou de 29 a 48 anos, 12 entrevistados eram do sexo feminino e dois, do masculino. O tempo de formação variou entre 01 e 13 anos. O tempo de atuação na ESF variou entre 01 e 11 anos. Quanto à especialização, oito entrevistados referiram que não se especializaram, e seis cursaram

especialização, sendo citadas as seguintes áreas: Saúde da Família, Saúde Mental, Administração Hospitalar, Capacitação Pedagógica na Área da Enfermagem e Saúde Pública. A especialização em Saúde da Família foi referida por quatro desses entrevistados, e um deles possui também mestrado em Enfermagem em Saúde Pública.

Nas falas dos enfermeiros, a puericultura mostrou-se um momento de cuidado e de defesa da saúde infantil, onde eles avaliam a criança e seu contexto familiar e social, identificam vulnerabilidades e potencialidades, orientam e tornam o atendimento mais frequente quando necessário, bem como direcionam e encaminham para outros profissionais, serviços e setores. Os resultados são apresentados nas seguintes unidades temáticas: A avaliação da criança; Identificação de situações vulneráveis para a criança; Dificuldades na abordagem e condução dos casos.

A avaliação da criança

A avaliação inclui avaliar, identificar, orientar, indicar a periodicidade das consultas e encaminhar. O enfermeiro se vê como um mediador entre diversos atores, no processo de cuidar e proteger a saúde das crianças. A puericultura se mostrou um momento no qual o olhar e a escuta estão voltados para a criança, a mãe e a família. A percepção de que as vivências da mãe e da família repercutem sobre a criança foi identificada nas entrevistas.

As que eu vejo que a mãe não cuida bem eu já marco para vir mais vezes. E no curso de gestante eu falo que não é só pesar e medir, desde o curso de gestante, conquistando a mãe a dar esse seguimento. (E3)

Apreende-se a concepção da puericultura como um atendimento que vai além de pesar e medir, bem como a busca de traduzir isso para as mães, desde a gestação, vislumbrando já o cuidado da saúde das crianças que estão por vir. O relato acima mostra, ainda, a puericultura como uma ação que não é isolada, mas interligada com outras como o curso de gestante.

Situações envolvendo o aleitamento materno foram apontadas nas entrevistas:

Aí eu falo (enfermeiro dirigindo a fala à nutriz) ‘Você já viu filho que a mãe amamentou e que a mãe não amamentou?’ ‘Você já viu a diferença?’

‘Você trabalha, mas você tem direito, é um direito do seu filho’. (E1)

Muitas já vêm com o bebê na puericultura e falam ‘Ah, você pode olhar minha mama?’ (E11)

É importante para a mulher saber que pode contar com o enfermeiro, durante a amamentação, sendo que possibilitar a ela conhecer seus direitos faz parte do cuidado de enfermagem. A alimentação das crianças também foi apontada:

Elas têm um pouco de dificuldade para iniciar o suco, ‘quando eu devo iniciar o suco, quando eu devo iniciar a papinha doce?’. Então, a gente tem até umas receitas de papinha para a mãe ficar mais segura, porque, principalmente as primíparas, elas mostram bastante ansiedade. (E2)

Algumas já ligam faltando um mês para voltar a trabalhar: ‘O que eu faço? Eu não quero desmamar’. Aí fazemos a escalinha para intercalar suquinho, fruta e mamadas. (E7)

Alimentação não é só a criança né, é a casa toda. Então, eu já entro assim: ‘Oh, vamos ver como é que é a sua casa?’, ‘Como que é a alimentação?’, ‘Como que é a rotina?’. (E1)

A alimentação da criança mostrou-se como um dos focos de cuidado e defesa, perpassando pela orientação e apoio na introdução de alimentos complementares após o aleitamento exclusivo, bem como lançando o olhar para a família e para a sua rotina alimentar.

O acompanhamento das crianças foi outro aspecto mencionado nas entrevistas:

As de baixo peso e os que estão na linha de risco você já marca mais vezes para vir, se você vê que não está ganhando peso a gente já encaminha para o pediatra e nutricionista. (E3)

Se for baixo peso, sobrepeso, é semanal. Depois passa para quinzenal, depois mensal. (E7)

A criança baixo peso, vamos avaliando questões familiares, se está sendo amamentada, onde está a deficiência na alimentação. A gente também encaminha ao nutricionista. Se a questão é mais financeira, a gente passa para o CRAS ou para o NASF. Se for uma questão clínica, a gente encaminha para o médico do PSF ou pediatra e continua o acompanhamento[...]. A Cantina da B. {organização social} ajuda muito, principalmente com a multimistura. Então temos diversos suportes, a população tem. Então, são contribuições que vêm de diversos lados. (E9)

O aumento na frequência da criança à puericultura foi apontado como uma conduta frente às alterações de peso. Isso possibilita identificar a evolução do peso, avaliar a adesão às orientações, conhecer os aspectos envolvidos na situação e as dificuldades vivenciadas pela família. A partir daí, pode-se avaliar a necessidade de condutas complementares, como a inclusão de outros profissionais no acompanhamento. Atores que se mostraram importantes foram: o nutricionista, o assistente social, o médico da ESF, o pediatra e as organizações sociais. O enfermeiro ocupa um espaço mediador, identificando a necessidade e sendo o disparador dos demais atendimentos, além de representar a referência forte, na qual a criança-família continua a ser acompanhada. Esse espaço ocupado pelo enfermeiro o configura como um potencial advogado da saúde da criança e apoio forte de sua família.

A ESF tem caminhado nesse sentido, sendo o enfermeiro uma figura importante na intermediação da relação interdisciplinar, pois atua como “mediador entre cliente, equipe multiprofissional, família e comunidade”^(14:358). A atuação do enfermeiro na puericultura configurou-se também como apoio, não somente para as crianças e suas famílias como também para outros serviços, nos níveis de atenção secundário e terciário, para que pudessem realizar suas condutas. O exercício de defesa da saúde da criança pareceu expresso nas falas, quando os enfermeiros mencionaram o seguimento acompanhado de comemorações diante de pequenos ganhos ou do alcance de metas. As narrativas demonstraram envolvimento, de maneira que os acompanhamentos parecem ter sido gratificantes.

Identificação de situações vulneráveis para a criança

A puericultura apresentou-se como momento para reconhecer de forma particularizada cada criança, estendendo o olhar à mãe e ao entorno familiar. Essa aproximação atenta e comprometida apresenta-se como um modo de defesa da saúde da criança, permitindo a identificação de vulnerabilidades e promovendo o acesso às condutas necessárias.

Atrás de uma mãe que vem aqui desesperada pesar a criança toda semana, tem alguma coisa. É aí que eu: 'O que está acontecendo? O que está acontecendo na sua casa, você está tendo problemas?' (E1)

O profissional busca informações e evidências que possam ser úteis para a avaliação integral da criança e de seu meio, não se restringindo aos dados antropométricos e de desenvolvimento psicomotor. Esse olhar mais abrangente do profissional abre oportunidade para que os pais ou responsáveis façam relatos de diversas naturezas, possibilitando a identificação de situações de vulnerabilidades, o que permitirá as condutas pertinentes.

O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido como as possibilidades de o sujeito ficar exposto a fatores que levam a problemas e danos à saúde, resultantes de aspectos relacionados ao indivíduo e ao espaço social, como o meio familiar e comunitário, e o acesso aos bens e serviços^(15,16).

Nos atendimentos narrados, há preocupação com os cuidadores das crianças:

Os avós estão trazendo mais na puericultura. Os pais estão mais no mercado de trabalho e está sobrando um pouco para os avós. Eu percebo que, no geral, os pais tendem a ser um pouco mais cuidadosos. Eu acho que os avós estão lá para dar um apoio [...] (E9)

Quando vem tia, irmã, que a criança está muito chorosa, às vezes elas mesmo falam que as crianças estão sentindo falta dos pais, aí eu oriento: 'que o tempo que os pais têm, que seja com qualidade'. Eu falo: 'Pede pra ela me ligar, vir aqui conversar', porque muitas vezes são os pacientes que os agentes comunitários de saúde não encontram em casa. (E1)

O enfermeiro demonstrou perceber a ausência dos pais devido ao trabalho como uma potencial vulnerabilidade. Entretanto, a reação do profissional se mostrou contextualizada com a realidade e destituída de julgamento, quando entende que os pais precisam trabalhar e que os avós fazem o melhor que podem. Por outro lado, não deixou de buscar uma forma de trabalhar a questão, valorizando o tempo disponível desses pais com seus filhos e oferecendo a oportunidade de conversar com esses pais por telefone.

Alguns relatos trazem situações da puericultura que identificam sinais físicos:

Temos uma menininha de quatro aninhos, agora que ela começou a andar. A gente identificou na puericultura, que o perímetro cefálico estava aumentado. Encaminhamos para o pediatra e começou todo um tratamento, a menina tinha uns sete meses. A puericultura tem sido importante para identificar alterações. Mas você não pode fazer mecanicamente. (E8)

Há um reconhecimento da puericultura como um atendimento que vai além do pesar e medir, em que o profissional deve estar presente, atento aos sinais, para que possa fazer a avaliação de forma consciente e responsável, identificando necessidades e alterações e realizando o seguimento com as condutas necessárias. Assim, reafirma-se a importância de que essa assistência seja realizada por profissional qualificado, para que o direito à saúde englobe não só o acesso mas também a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde que devem ser garantidos.

Houve relatos sobre a identificação de casos de depressão pós-parto, durante atendimentos na puericultura, expressando um olhar para a mãe e não só para a criança:

Uma mãe está com depressão, faltam só uns cem gramas para a criança chegar no peso. Ela vem na maior dificuldade, mas está vindo, de quinze em quinze dias, trazer para pesar. Na primeira consulta, não sei se também porque nasceu prematuro, já percebemos que ela estava começando. Mas como às vezes é o cansaço do parto, ficamos na observação. Agora ela já está tomando medicação. No começo ela não estava mais trazendo o menino, chegaram aqui duas meninas com o nenenzinho. Eu falei 'Cadê ela?' 'Não, ela não quis vir'. Falei 'Ela tem que vir, o neném está baixo peso e eu tenho que conversar com ela'. Aí veio a avó na outra pesagem, pedi de novo para a mãe vir. Depois ela veio, mas estava abatida, chorosa. Depois ela já veio mais umas duas vezes. A doutora também a incentivou tentar trazer, ter interesse, se o neném está ganhando peso. (E7)

Apesar da identificação da depressão pós-parto, o enfermeiro não deixou de valorizar a presença da mãe durante os atendimentos da criança, o que pode ser visto como uma forma de defesa da saúde da criança, contribuindo para o vínculo e considerando as necessidades de ambos, mãe e filho, uma vez que a criança também se apresentava vulnerável, sendo pré-

termo, com baixo peso e estando com sua mãe em processo depressivo.

Esse caso sugere que a equipe teve o entendimento de que era preciso proteger a criança e sua relação com a mãe, considerando que a presença da mãe na puericultura representava uma oportunidade de cuidado da equipe para com a mulher-mãe, a criança e para o vínculo entre elas.

A depressão pós-parto é um transtorno de alta prevalência que pode comprometer a qualidade da relação entre a mãe e a criança, assim, a disponibilidade emocional traz implicações para as relações iniciais entre essa mulher e o bebê e, conseqüentemente, para o impacto dessas relações no desenvolvimento infantil⁽¹⁷⁾.

Há também situações em que aparecem aspectos sobre o acesso à estrutura e a insumos:

Eu tenho uma criança cardiopata de dois anos. Eles trouxeram aqui para pesar e eu percebi que ela não tava boa. Ela já estava com pedido de eco e holter, mas os pais ainda não tinham conseguido. Eles estavam até tranquilos, mas eu percebi que ela estava apresentando apneias. O que é isso para os pais, eles não sabem o que é apneia. Aí eu peguei minha moto, pedi pra eles esperarem aqui e fui lá na Regulação, expliquei, levei os pedidos e consegui. Agora já fez os exames, já passou pela pediatra, cardio, e está melhor, está boazinha. (E6)

A vulnerabilidade identificada nessa fala está voltada para um agravamento de uma patologia crônica, na qual o enfermeiro advogou pela saúde da criança, identificando uma situação em que os pais poderiam não estar aptos a perceber, e a partir disso tomou atitudes para garantir o acesso ao atendimento necessário, mesmo precisando utilizar recurso próprio para se transportar. Essa atuação representou um apoio a outro profissional que solicitou os exames, possibilitando que esses fossem realizados em tempo hábil.

O cotidiano da criança que vivencia a doença crônica é modificado por demandas terapêuticas provenientes da doença, o que demonstra a necessidade de contato com diferentes profissionais e inserção da família como parceira no cuidado⁽¹⁸⁾. Nas relações de cuidado, o apoio profissional e familiar configura-se, portanto, como suporte para o cuidado integral e longitudinal e para a manutenção da qualidade de vida da criança com condição crônica⁽¹⁹⁾.

A observação atenta, sensível e comprometida se mostrou um recurso importante para o enfermeiro desempenhar sua função, de forma a garantir o direito da criança à saúde.

Dificuldades na abordagem e condução dos casos

Nos relatos, há situações nas quais os enfermeiros vivenciam diferentes tipos de dificuldades para abordar e conduzir casos apresentados durante a assistência em puericultura:

Eu fico desorientado com certos casos que não têm como a gente intervir. A gente até tenta, a gente orienta, mas não pode entrar na casa e falar: 'Você tem que fazer isso!' (E12)

A criança estava com sobrepeso e já estava atrapalhando sua saúde. Eu orientei a mãe, fiz por escrito pra levar no pediatra, ela não queria. Falei: 'Olha, já era para ele estar engatinhando'. Dei mais um tempinho para ver se ela levava. Fui orientando a tirar o nescão do leite, o açúcar, só que eu acho difícil quando a mãe não quer. Teve um caso na semana passada que a criança está falando muito pouco, se não tiver falando bem até dois anos a gente encaminha pra fonoaudióloga. Orientei a levar na fonoaudióloga, a mãe não gostou muito: 'Ah, não precisa, ele é quietinho mesmo'. Eu falei: 'Tá [...] mas leva, só para você tirar a dúvida se está tudo bem'. (E3)

Uma das dificuldades dos enfermeiros foi lidar com a atitude de resistência familiar. Esse tipo de reação se torna especialmente prejudicial para o grupo infantil, já que a criança é dependente para que se faça o seguimento de sua saúde, na falta do qual poderá ter prejuízos de diversas ordens, tornando-se necessário o exercício de defesa do seu direito à saúde.

O enfermeiro se vê diante de uma criança com uma necessidade identificada e da possibilidade de essa não ser atendida, tornando-se importante a habilidade de comunicação com a família, buscando alcançar que a mesma exerça seu papel de proteção da criança. Essa não é uma tarefa fácil, e uma abordagem não satisfatória, além de não alcançar os resultados esperados, pode afastar a família da equipe de saúde e, conseqüentemente, a criança.

Assim, no cotidiano do cuidado, o enfermeiro pode se deparar com situações difíceis e complexas, ao lidar com a família da criança, exigindo uma escuta sensível e criteriosa⁽¹⁹⁾. O

enfermeiro tem o potencial de participar de mudanças de identidades, estimulando a autonomia dos pais no cuidado⁽²⁰⁾, o que tende a ocorrer por meio da interação entre os sujeitos envolvidos nas práticas, exigindo a percepção e o respeito à intersubjetividade⁽¹³⁾.

Nas relações com as famílias, aparecem dificuldades para abordar os problemas:

Visualmente dava pra perceber, a cabecinha um pouco diferente no formato. Eu achei a abordagem complicada, porque você falar que tem alguma coisa de diferente com o filho pra a mãe. Notei na puericultura, antes eu até conversei com o ACS para saber mais, mas foi na puericultura que eu abordei, e aí encaminhamos para o pediatra avaliar. (E12)

O relato traz um momento delicado: o de abordar, com a família, a identificação de alguma alteração na saúde da criança. É importante que o enfermeiro seja sensível à complexidade que essa informação pode representar para a família, preocupando-se em buscar uma maneira mais adequada para falar sobre o assunto, construindo um movimento em que ao mesmo tempo informa e orienta, mas também apoia e compreende, e estendendo o cuidado da criança também à família. Outros relatos também trazem dificuldades:

O pior é que a avó falou assim: 'eles não podem nem saber que eu vim aqui, nem a mãe, nem o pai'. Porque senão ia piorar, talvez eles nem deixariam ela proteger a menina. (E3)

Tem um caso de uma menina de quatro anos que tava sendo abusada pelo pai, e a avó trouxe na puericultura. Ela falou que a mãe ainda não sabia. Eu não sabia o que fazer! Pedi para o ginecologista avaliar. Encaminhei para o Conselho Tutelar. A mãe trabalha o dia inteiro e o pai só durante a manhã. A avó ouviu uns comentários da menina, e ficou sem jeito de falar com a filha. É delicado, a gente não sabe o que fazer e fica chocada. (E6)

As falas acima mostram casos de abuso sexual contra criança. Chama a atenção que, nos casos relatados, o problema foi identificado e levado ao enfermeiro pela avó. Isso pode evidenciar dificuldade apresentada pelas mães para identificar essa questão, bem como aponta o enfermeiro do serviço de atenção primária como uma referência importante para as famílias,

enquanto as avós representaram importantes defesas das crianças nesse tipo de situação.

O enfermeiro se mostra inseguro em relação a uma atitude mais efetiva de defesa em prol da criança, a qual pode estar vivenciando uma grave situação de violação de seus direitos, o que pode gerar intensas repercussões negativas em sua saúde mental e qualidade de vida, por meio de marcas que poderão se arrastar para a vida inteira. Ficou clara a ausência de menção sobre a visita domiciliar no processo de enfrentamento dessa problemática. Destaca-se, em uma das falas, que o encaminhamento ao Conselho Tutelar parece ter sido feito como uma transferência de responsabilidade, sem a interação e o envolvimento exigidos diante da gravidade do caso e do *status* de dependência de proteção que a criança vivencia.

Há situações que envolvem observação e respeito:

A mãe tem HIV, faz tratamento, é saudável. Das crianças também ela cuida super bem. Supomos que a criança do meio é portadora, mas ela não fala. Eu pergunto questões da saúde das crianças, já dei abertura para ela me falar, ela não quis. Eu respeitei, até porque ela tem o gênio forte e se implicar comigo a gente não consegue acompanhar. E eles estão bem, ela sempre traz na puericultura, isso traz uma segurança pra gente. (E9)

A fala acima aborda um caso em que o enfermeiro precisou ser observador, escolhendo percorrer um caminho de atuação baseado na ética e no respeito à decisão de uma mãe, portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), de não falar sobre a condição sorológica de seus filhos. O profissional se mostra sensível na sua percepção de que terá mais chances de continuar acompanhando a saúde das crianças se não ultrapassar o limite de informações que a mãe decide fornecer. Ele se preocupa com a possibilidade de afastamento da mãe, o que dificultaria a identificação de agravos na saúde dos filhos.

O caráter delicado de algumas situações, a resistência por parte de alguns familiares, a insuficiência de indícios sobre a possibilidade de violência infantil, o caráter sigiloso de algumas informações relacionadas à saúde da criança, entre outras questões, emergiram como dificuldades, durante as consultas de

puericultura. A qualidade no enfrentamento dessas situações poderá se refletir na saúde das crianças, de forma que quanto mais o enfermeiro comprometer-se e quanto mais hábil se tornar para lidar com as problemáticas apresentadas, mais promissora será sua atuação na proteção e defesa da saúde da criança.

De acordo com os princípios que norteiam a reorganização das práticas na ESF, os profissionais de saúde devem ser considerados agentes para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos^(4,13).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências dos enfermeiros mostraram que as situações com as quais lidam, durante a puericultura, trazem complexidades e intersubjetividades. O exercício de defesa da saúde das crianças apareceu nas narrativas,

demonstrando envolvimento desses profissionais na proteção da saúde e qualidade de vida das crianças, mas ainda há lacunas assistenciais.

As práticas de saúde necessitam ser fortalecidas com a atuação dos profissionais e dos sujeitos na construção de planos de responsabilização, para maior integralidade da atenção e do exercício do direito à saúde, destacando-se aqui as ações em favor da criança.

O estudo traz contribuições na perspectiva do direito à saúde, para dar visibilidade às questões de vulnerabilidades e/ou violações de direitos, sendo apresentadas algumas possibilidades para a compreensão do cuidado de enfermagem em saúde da criança, realizado durante a puericultura, tornando-se importantes outros espaços de discussão e de pesquisas para expandir as reflexões sobre a defesa da criança integrando práticas e saberes.

THE CHILD CARE AS TIME DEFENSE OF THE RIGHT TO HEALTH OF CHILDREN

ABSTRACT

The present study aims at analyze narratives of nurses about care in child care practice, by the light of the care and defense of the right to health. This is an exploratory study using qualitative data analysis, from semistructured interviews recorded with 14 nurses working in the Family Health Strategy of the municipality of Passos-MG, being performed thematic analysis of the data. In the results narratives bring aspects of the evaluation of the child, identification situations vulnerable and difficulties in addressing and handling of the cases. Depict complex and intersubjective shapes of defense of child health, requiring responsibilities and enhancement of knowledge and practices to protect and defend the subjects. It is considered that the fundamental elements of nursing care include attention, sensitivity and communication skills to effect care and health advocacy, to respect, protect and implement the rights of the child so full and longitudinal.

Keywords: Child. Nursing. Right to Health. Primary Health Care.

CUIDADO DEL NIÑO COMO TIEMPO A LA DEFENSE EL DERECHO A LA SALUD DEL NIÑO

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las narrativas de enfermeros sobre el cuidado al niño en la práctica de la puericultura, a la luz de la atención y de la defensa del derecho a la salud. Se trata de un estudio exploratorio con análisis cualitativo de los datos, a partir de entrevistas semiestructuradas grabadas con 14 enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Passos-MG, siendo realizado un análisis temático de los datos. En los resultados, las narrativas traen aspectos sobre la evaluación del niño, identificación de situaciones vulnerables y dificultades en el abordaje y manejo de los casos. Retratan formas complejas e intersubjetivas de defensa de la salud del niño, requiriendo responsabilidades y perfeccionamiento de los saberes y prácticas para defender y proteger a los sujetos. Se considera que los elementos fundamentales de la atención de enfermería incluyen atención, sensibilidad y habilidad de comunicación para efectuar el cuidado y la defensa de la salud, para respetar, proteger y aplicar los derechos del niño de manera plena y longitudinal.

Palabras clave: Niño. Enfermería. Derecho a la Salud. Atención Primaria a la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Andrade RD. Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção

primária [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.

2. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. *Rev bras enferm.* 2008 jan-fev; 61(1):61-5.

3. Nascimento ML, Lacaz AS, Alvarenga Filho JR. Entre efeitos e produções: ECA, abrigos e subjetividades. *Barbarói*. 2010 ago-dez; (33):50-64.
4. Andrade RD, Mello DF, Silva MAI, Ventura CAA. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. *Rev bras enferm*. 2011 jul-ago; 64(4):738-44.
5. Pinheiro R, Asensi FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20(1):15-7.
6. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 out; 46(5):1260-7.
7. Spagnuolo RS, Juliani CMCM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc cuid saude*. 2012 abr-jun; 11(2):226-34.
8. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 jun; 45(3):566-74.
9. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *J. Hum. Growth Dev*. 2012; 22(2):160-5.
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [on-line]. 1993. [citado 2013 set 19]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html
11. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. O Poder Judiciário como última instância de proteção às crianças e aos adolescentes: ações intersetoriais, investimento em recursos humanos e estruturação dos serviços. *Rev lat-am enfermagem*. 2012 mai-jun; 20(3):444-52.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. França Júnior I, Ayres JRCM. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes PAC, Zoboli EL CP, organizadores. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola; 2009. p. 63-9.
14. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev bras enferm*. 2011 mar-abr; 64(2):355-8.
15. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 dez; 43(esp2):1326-30.
16. Pedrosa MLR, Motta MGC. A compreensão das vulnerabilidades sócio-econômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. *Rev gauch enferm*. 2010 jun; 31(2):218-24.
17. Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública*. 2010 abr; 26(4):738-46.
18. Baltor MRR, Rodrigues JSM, Moura KR, Borges AA, Dupas G, Wernet M. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. *Cienc cuid saude*. 2012 jan-mar; 11(1): 44-50.
19. Silva TP, Santos MH, Sousa FGM, Cunha CLF, Silva IR, Barbosa DC. Cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica: revelando significados. *Cienc cuid saude*. 2012 abr-jun; 11(2):376-83.
20. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev Enferm UERJ*. 2011 jul-set; 19(3):426-31.

Endereço para correspondência: Raquel Dully Andrade. Rua Capitólio, 697, Muarama II. CEP: 37902-336. Passos, Minas Gerais.

Data de recebimento: 03/06/2013

Data de aprovação: 17/10/2013