

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Diana Carla Romano

**CLÍNICA AMPLIADA NA INFÂNCIA: A COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Carlos/SP
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Diana Carla Romano

**CLÍNICA AMPLIADA NA INFÂNCIA: A COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, Campus São Carlos, como requisito para obtenção do título em mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Helena Vitale
Torkomian Joaquim

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maristela Carbol

São Carlos/SP
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R759c Romano, Diana Carla
Clínica ampliada na infância : a compreensão de
profissionais da estratégia de saúde da família /
Diana Carla Romano. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
69 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Clínica ampliada. 2. Infância. 3.
Desenvolvimento integral infantil. 4. Atenção
primária a saúde. 5. Estratégia de saúde da família.
I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

Diana Carla Romano

“Clínica Ampliada na Infância: o olhar de profissionais da Estratégia Saúde da Família”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/05/2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

- Prof.^ª Dr.^ª Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar
- Prof.^ª Dr.^ª Maristela Carbol – UFSCar
- Prof.^ª Dr.^ª Stella Maris Nicolau – UNIFESP
- Prof.^ª Dr.^ª Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim – UFSCar

“A palavra progresso não terá qualquer sentido enquanto houver crianças infelizes”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, por me guiar e iluminar para seguir em frente com meus objetivos e sonhos sem desistir diante dos obstáculos.

Aos meus pais por todo amor, incentivo, confiança e por acreditarem sempre em mim entenderem os meus períodos de ausência.

Ao meu marido pelo carinho, encorajamento, companheirismo e apoio mesmo nos momentos mais difíceis.

As minhas colegas de trabalho da ARES Redenção e Equipe Saúde da Família Jardim São Carlos pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência. Minhas amigas “Lucianas”, Luciana Ferreira Rodrigues com toda sua sabedoria, serenidade e energia positiva, sempre me acalmando e equilibrando, e Luciana Rodrigues P. Araújo por ser uma grande companheira, ouvinte e motivadora em todas as etapas deste grande desafio.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos por conceder a autorização e campo de pesquisa. Aos colegas da ARES Cidade Aracy que me receberam com muito carinho e concordaram prontamente em participar da pesquisa.

Agradeço minha orientadora Regina e co-orientadora Maristela pelos conhecimentos compartilhados, confiança e apoio para a condução e desenvolvimento da dissertação.

Agradeço aos professores do programa pelas reflexões e aprendizagem.

Aos amigos do mestrado pelas rodas de conversa e troca de experiências.

A todos os amigos que, mesmo não estando por perto neste momento, contribuíram de alguma forma com a realização deste sonho.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”

Paulo Freire

RESUMO

A crise na produção de cuidado é evidente diante dos novos desafios da epidemiologia moderna que compreendem o complexo fenômeno que associa os fatores biológicos aos psicológicos, sociais e ecológicos. Neste sentido, a Clínica Ampliada (CA) apresenta o compromisso de qualificar o modo de fazer saúde, considerando o sujeito de forma integral. Optou-se pelo recorte da infância pela relevância desta fase para o desenvolvimento da sociedade. O objetivo desse estudo foi o de conhecer a percepção dos membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre Clínica Ampliada na infância. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Os participantes foram enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório dentário de unidades de saúde da família. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e, a partir do referencial da CA, realizou-se a análise por categorias temáticas. Dos 32 participantes, 50% dos profissionais têm entre 25 e 35 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino, e atuam em USF há mais de 05 anos. Constatou-se que 19 entrevistados já ouviram falar sobre o termo CA e foram os profissionais de nível superior que descreveram o conceito com facilidade e clareza. Nota-se uma distância entre o que consideraram como CA e o que fazem ou conseguem fazer em seu trabalho cotidiano. Desta forma, os entrevistados apontaram elementos que contribuem para a operacionalização da CA na infância, como ampliação do objeto, modelo de atenção à saúde, apoio da gestão e apoio emocional. Os participantes reconheceram a contribuição positiva que o cenário da ESF proporciona para a ampliação e qualidade da clínica, principalmente, por atuar com os princípios da integralidade do cuidado, trabalho em equipe, visita domiciliar e intersetorialidade. Conclui-se que o caminho para a consolidação da CA na infância seja o fortalecimento do protagonismo infantil e da EPS.

Palavras-chave: Clínica Ampliada. Infância. Desenvolvimento Integral Infantil. Atenção Primária a Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The crisis in care management is evident over the new challenges of modern epidemiology, which comprises the complex phenomenon that links the biological to the psychological, social and ecological factors. Hence, the "Clínica Ampliada"(CA) is committed to offer high standards on health care considering the subject as a whole. The childhood years were chosen due to the relevance of this phase to the development of society. The aim of this study is to acknowledge the "Estratégia de Saúde da Família" team members perception about "Clínica Ampliada" over childhood. This is a scoping, descriptive study with a qualitative approach. Participants are nurses, doctors, dentists, nurses assistants, community health workers and dental assistants of family health units. For data collection a semi-structured interview guide was utilized, and from the CA theoretical foundation, the analysis by thematic categories was conducted. From a total of 32 participants, 50 per cent of the professionals have between 25 and 35 years of age, mostly female and work at USF more than five years. It was found that 19 subjects have already heard about the CA term and professionals with higher education were the ones who described the concept with more facility and coherence. A gap was evidenced between what they noted as CA and what they do or can do in their day to day routine. Therefore, the subjects pointed out to elements that contribute to the implementation of CA in childhood, such as enlargement of the object's concept, health care model, support management and emotional support. The participants recognized the positive contribution that the ESF scenario provides for the expansion and clinic better quality, mainly for working with the principles of comprehensive care, teamwork, home care and intersectionality. It was concluded that the path for the CA consolidation in childhood is the strengthening of child role and EPS.

Keywords: Expanded Clinic. Childhood. Child Integral Development. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS: Atenção Primária à Saúde

ARES: Administração Regional de Saúde

BIS: Boletim do Instituto de Saúde

CA: Clínica Ampliada

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

EBBS: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FMCSV: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PMI: Primeira Infância Melhor

PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNH: Política Nacional de Humanização

PPI: Programa Primeiríssima Infância

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF: Programa de Saúde da Família

PTS: Projeto Terapêutico Singular

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNASUS: Universidade Aberta do SUS

UNESP: Universidade Estadual Paulista

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Clínica Ampliada.....	21
2.2 Clínica ampliada na infância.....	25
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 Objetivo geral.....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 Cenário do Estudo.....	31
4.4 Critérios de Seleção.....	32
4.5 População do estudo.....	32
4.8 Aspectos éticos.....	34
5 RESULTADOS.....	35
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	65
APÊNDICE A: ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA.....	65
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	66
ANEXOS.....	67
ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS-SP.....	67
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÈTICA.....	68

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada pela Universidade Estadual de São Paulo-UNESP/Botucatu, especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), especialista em Gestão de enfermagem, gestão em serviços de saúde, informática em saúde e, atualmente, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica oferecido pela UFSCar.

Sou enfermeira de equipe de Saúde da Família há 10 anos. A preferência pela saúde pública já começou na graduação. Fiquei fascinada pelo até então programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF), por isso toda minha formação e trajetória profissional tem sido voltada para esta área. Acredito ser a ESF a mais adequada para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com qualidade, resolutividade e humanização do cuidado.

Ao longo dos anos fui percebendo a importância do binômio saúde-educação e, paralelamente as atividades assistenciais e de gestão, me envolvi com tutorias e preceptorias em diversos cursos de formação em saúde. Sou tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família-UNASUS/UNIFESP, modalidade à distância, nos últimos cinco anos. Também participei como preceptora dos projetos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFSCar e PET Saúde-Saúde da Família/UFSCar.

Busco conhecimento e novas experiências a cada dia e em cada atividade, por isso trabalhar com tecnologias leves (relacionais) requerem o desenvolvimento de novas competências. Assim, a meu ver a clínica ampliada e o apoio matricial são ferramentas essenciais para a viabilização das competências do atendimento integral. A ESF é um campo fértil de intervenções inovadoras, pois favorece o vínculo e a intersetorialidade, produzindo situações complexas para a resolutividade. As atividades desenvolvidas em unidades da ESF envolvem todo ciclo de vida, particularmente, possuo interesse especial em estudar a clínica ampliada na infância, devido sua contribuição para o desenvolvimento integral das crianças, refletindo uma sociedade mais saudável.

1 INTRODUÇÃO

Após a segunda guerra mundial, em meio a intensa discussão sobre os novos paradigmas da assistência à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou, em 1948, a carta de princípios que define o atual conceito de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (SCLAR, 2007). Vários países europeus criaram seus sistemas de saúde nesta época, sendo um período marcado por importantes movimentos sociopolíticos neste âmbito. Dentre eles, destaca-se a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em Alma Ata, República do Cazaquistão, em setembro de 1978, resultando na histórica Declaração de Alma-Ata que buscava o compromisso de acesso à saúde a todos os povos do mundo até o ano 2000 (ALMEIDA, 2008).

O Brasil iniciou, somente na década de 80, um processo de redemocratização da sociedade, após um longo período de ditadura militar, momento em que centralizou um amplo debate sobre questões relacionadas à saúde. A Reforma Sanitária Brasileira emergiu da luta contra o modelo hegemônico e reuniu usuários dos serviços de saúde, profissionais e políticos na proposição de novas bases técnico-políticas para a assistência à saúde. O movimento apontou para uma reformulação na maneira de se compreender e produzir saúde, enfatizando-a dentro do contexto social, superando o modelo biomédico tradicional que se mostrava insuficiente para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população brasileira (FRACOLLI; GRANJA; CHIESA, 2009).

A Reforma Sanitária Brasileira impulsionou a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), abarcando em seus tópicos relativos à Seguridade Social considerações sobre a saúde, como o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p.116).

Desta forma, criou-se o SUS, tendo como princípios doutrinários promover e proteger a saúde - a universalidade, equidade e integralidade da atenção, além da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular como princípios organizativos propostos no âmbito administrativo para efetivação do SUS (BRASIL, 1988). Os princípios do SUS são um conjunto de recomendações técnicas e organizacionais que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades

de cada unidade federativa e de cada município, e influenciam a organização dos sistemas municipais de saúde, pois são acompanhadas de recursos financeiros para a sua execução (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO; 2015).

No sentido de reorganizar o SUS, o Ministério da Saúde (MS) elegeu a Atenção Primária à Saúde (APS), definida por Barbara Starfield (2002) como sendo o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, coordenando os cuidados em outros níveis de atenção e sugerindo os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A concretização dos pressupostos da APS requer a concepção de um novo modelo de atenção à saúde com a finalidade de contribuir com a consolidação do SUS. Após algumas experiências exitosas na atenção primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que contribuiu com a redução da mortalidade infantil e materna nas regiões do Norte e Nordeste, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Esta estratégia visa garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, além de desenvolver as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e do cuidado (BRASIL, 2006).

O MS preconiza para Estratégia de Saúde da Família (ESF) a existência de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011). O trabalho em equipe é considerado um importante pressuposto para a reorganização da prática no âmbito do PSF (SILVA; TRAD, 1999).

Desta forma, os atuais paradigmas que regem a organização da assistência à saúde apontam para uma prática que resgata a integralidade destas ações e que também considere a efetiva participação do usuário e da família (CAVALCANTE, 1997), com vistas à ampliação do processo saúde doença e reafirmando a importância de uma abordagem interdisciplinar, pois, em geral, as intervenções fogem da competência de um único profissional.

Diante do exposto, era evidente uma crise na produção de cuidado, principalmente na APS, na qual a clínica hospitalar não contempla os aspectos necessários para a resolutividade das necessidades de saúde, sendo necessário reconstruir o papel profissional para a APS por meio da clínica ampliada, pois o campo de formação profissional é privilegiado pela clínica hospitalar (CUNHA, 2004). O autor citado compara as características da Clínica na Atenção Básica e da Clínica na Atenção Hospitalar evidenciando que a atenção básica possui particularidades em sua clínica que não são contempladas pela clínica hospitalar.

Apesar do expressivo desenvolvimento científico e tecnológico da clínica, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente as complexas situações apresentadas pelos indivíduos e comunidades (AYRES, 2004).

Quadro 1 – Comparação da Clínica na Atenção Básica e na Atenção Hospitalar

Atenção Básica	Atenção Hospitalar
80 a 90% dos problemas de saúde	10 a 15% dos problemas de Saúde
É necessário compromisso com a terapêutica	É possível compromisso maior com o diagnóstico, do que com a terapêutica
Critério de eficácia: qualidade de vida	Critério de eficácia: alta hospitalar
Momento crônico	Momento agudo
Seguimento no tempo	Encontro momentâneo
Resultado a médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito <i>in vivo</i> (em relação)	Sujeito <i>in vitro</i> (isolado)
Tratamento negociado com o doente LIMITES	Relação autoritária, pouco questionada pelo doente Sensação de ONIPOTÊNCIA
Doente Preocupado em "Viver"	Doente Preocupado em Sobreviver
Procedimentos: remédios, exames, atividades, intervenções psicológicas, intervenções sociais; Predomínio da intervenção "biopsicossocial", consciente ou não	Procedimentos: remédios, exames; Predomínio da intervenção no corpo

Fácil produzir dependência (acesso fácil)	Difícil perceber dependência (acesso difícil)
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos	Mais difícil perceber efeitos colaterais dos tratamentos
Análogo a um filme	Análogo a uma fotografia

Fonte: CUNHA (2004).

A Clínica na Atenção Hospitalar é médico-centrada e reducionista, portanto não atende aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF. As equipes se deparam diariamente com situações que exigem uma abordagem integral, não podendo ser compreendidas mediante uma única perspectiva profissional (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2013), sendo assim, ampliar a clínica para além da dimensão biomédica se faz necessário. Este propósito vem ao encontro do paradigma biopsicossocial que defende que os processos de saúde-doença não podem ser desligados da pessoa e nem dos fatores entorno (ALMEIDA, 2008). No mesmo sentido, o MS tem difundido as propostas de humanização e integralidade do cuidado em saúde como estratégias para enfrentar a crise e construir alternativas ampliadas para a prática de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2004).

A integralidade do cuidado requer uma abordagem plena do indivíduo, considerando seu contexto social, familiar e cultural, com a garantia de cuidado longitudinal. As práticas de saúde são organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, articulando o acesso aos níveis de atenção à saúde por meio da rede de serviços de saúde, conforme as necessidades da população (BRASIL, 2010).

Humanização é compreendida pela possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários. É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões e redes de relações. Além disso, implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe à Clínica Ampliada (CA) como um instrumento capaz de qualificar o modo de fazer saúde, por meio da articulação e inclusão de diversos saberes e poderes, inclusive dos usuários do sistema de saúde. A proposta é direcionada

a todos os profissionais que fazem clínica. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010).

A CA estimula o vínculo, a corresponsabilização e a integralidade do cuidado, tornando o usuário sujeito ativo na elaboração do projeto terapêutico e conseqüentemente aumentando a adesão e resolução. Ela possibilita a promoção da autonomia do usuário, da família e da comunidade, responsabilizando e integrando a equipe de diferentes áreas e níveis de atenção (BRASIL, 2004; 2008). Enquanto a clínica tradicional (hegemônica) toma a doença e o sintoma como seu objeto, a CA considera a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo, realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a a objetividade positivista clínica ou epidemiológica e define a intervenção terapêutica, considerando, predominantemente ou exclusivamente, os aspectos orgânicos (CUNHA, 2004).

Assim, ampliar a clínica implica em tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto, objetivando produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos. Realiza a avaliação diagnóstica considerando, não só o saber clínico e epidemiológico, mas também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados e define a intervenção terapêutica, atentando para a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde (ALMEIDA, 2008).

Apesar dos avanços já conquistados pelo SUS ainda se faz necessário a discussão sobre a prática clínica, pois nem sempre a simples mudança do modelo de atenção à saúde, proposta pelo Estado, transforma o modo de fazer saúde. Neste sentido, a construção da CA ainda depara com desafios em todos os ciclos de vida.

Este estudo fez um recorte da CA para a infância devido à relevância social do papel da criança. Em 2010, Andrade cita autores que defendem a criança como reprodutora do conhecimento, identidade e cultura, reconhecendo a infância como base para o desenvolvimento futuro.

Durante séculos, a criança foi considerada uma miniatura do adulto, não existia o sentimento da infância e eram tratadas com liberdades grosseiras e brincadeiras indecentes (ARIÉS, 2006). De acordo com Aries (2006), a criança passou a ter algum significado após o século XVII com representação do menino Jesus como modelo exemplar, moral, frágil,

inocente e assexuado. A infância passa a ter um olhar médico somente no século XIX, quando a mortalidade infantil, a pobreza e o trabalho infantil são extremamente evidentes (ABRAMOWICZ; OLIVEIRA, 2010).

O Brasil também revela o difícil caminho que a sociedade tem percorrido para reconhecer, na criança, um ser autônomo e digno. Muitos artigos apontam que a história da criança se fez à sombra da história do adulto. O sofrimento da criança é revelado por diversas situações, como a violência, o trabalho infantil, a privação de necessidades básicas, o adestramento físico e mental, dentre outros. Os autores consideram que, compreendendo as distorções a que esteve submetida, tem-se condições de transformar o futuro das crianças brasileiras (PRIORE et al., 1991).

Para se pensar em CA na infância, propõem-se um breve resgate das Políticas Públicas de Saúde voltadas para este ciclo de vida que durante décadas estiveram focadas exclusivamente na saúde materno-infantil.

Ao final da década de 60, uma investigação de mortalidade na infância, realizada pela OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), revelou que, no Brasil, eram altos os índices de mortalidade materna devido às complicações da gestação e aos abortos, bem como o de mortalidade infantil, devido aos problemas infecciosos evitáveis, associado ao baixo peso e desnutrição (PRIORE et al., 1991). No entanto, até a década de 70, apenas os trabalhadores formais tinham direito à assistência em saúde. Foi somente com a criação do Instituto Nacional de Assistência à Saúde (INAMPS) que o governo federal estendeu o atendimento médico às camadas mais pobres da população, em parceria com Secretarias dos Estados e programas, como a Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Materno Infantil, entre outros.

A partir da década de 80, em paralelo ao movimento de reforma sanitária, fortalecia-se as reivindicações por políticas específicas, a exemplo, os programas relacionados à saúde da criança, destacando-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno instituído em 1981 com a finalidade de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce (AMARAL et al., 2005).

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado como estratégia de enfrentamento as adversidades nas condições de saúde vivenciadas pela população infantil, em particular, no que se refere à sobrevivência infantil,

haja vista as altas taxas de mortalidade da época. O PAISC foi criado com o objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizando as crianças pertencentes a grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde (AMARAL et al., 2005). Nota-se que, neste momento, amplia-se o cuidado à saúde da criança para além das questões materno-infantil.

Em 1988, a criação do SUS consolidou os Programas de Assistência à Saúde da Criança e da Mulher e também iniciou propostas como o PACS, em 1991, e o PSF, em 1994, ambos com o intuito de reorganizar a APS, baseando-se nos princípios doutrinários e organizativos do SUS (BRASIL, 2009).

Paralelo a este momento, a OMS, a OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram o desenvolvimento da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a qual foi incorporada pela Área Técnica de Saúde da Criança. Essa estratégia sistematizou o atendimento à criança na rotina dos serviços de atenção primária, integrando ações curativas às de promoção e prevenção de doenças (AMARAL et al., 2005).

O MS reconheceu, em 2004, além da gravidade da situação relacionada às mortalidades materna e neonatal, as desiguais conformações que se apresentam no território brasileiro e propôs o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal como instrumento para a busca de soluções sustentáveis e garantia de responsabilização governamental e da sociedade (BRASIL, 2009).

Em 2005, o MS apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil com o objetivo de apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança. O documento propõe um conjunto de ações organizadas em linhas de cuidado, abrangendo a criança integralmente, para que se supere a desarticulação entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade da atenção.

Os principais eixos das linhas de cuidado elencadas na Agenda envolvem:

- Nascimento saudável (anticoncepção e concepção, prevenção, diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /Aids, saúde dos adolescentes, atenção pré-natal, parto e puerpério e urgência, emergência materna e neonatal);

- Crianças menores de um ano (cuidados com o recém-nascido (RN), acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde em instituições de Educação Infantil e atenção às doenças prevalentes);
- Crianças de 1 a 6 anos e 7 a 10 anos (saúde em instituições de educação e atenção às doenças prevalentes) (BRASIL, 2009).

A área de Saúde da Criança, considerando os compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, assim como o diagnóstico epidemiológico das condições de saúde da criança brasileira, elegeu como prioritárias as seguintes linhas de cuidado:

- Incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento;
- Atenção à saúde do recém-nascido;
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- Vigilância da mortalidade infantil e fetal;
- Prevenção de violências e promoção da cultura de paz (BRASIL, 2009).

A fim de estruturar e organizar as linhas de cuidado à saúde materno-infantil, o MS instituiu com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como objetivos estimular a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção desde o parto até ao desenvolvimento da criança aos vinte e quatro meses, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha compreende quatro componentes:

1. Pré-natal;
2. Parto e nascimento;
3. Puerpério e atenção integral à criança;
4. Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Ressalta-se que o terceiro componente, a Atenção Integral à Criança, compreende as seguintes ações:

- a) Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) Busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) Prevenção e tratamento das DST/HIV e Hepatites;
- f) Orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011).

Com intuito de reforçar e articular as ações da Rede Cegonha com o desenvolvimento integral da criança na interface com a saúde das mulheres e suas redes (PENELLO, 2015), o MS institui, em agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O objetivo é o de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida (BRASIL, 2015a).

A PNAISC estrutura-se em 7 eixos estratégicos visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento, a seguir relacionados:

- I. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- II. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- III. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança;
- IV. Atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- V. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- VI. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- VII. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

A PNAISC organiza-se mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial, aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território (BRASIL, 2015a).

Apesar dos avanços na elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde das crianças, a concepção biopsicossocial da abordagem infantil ainda é muito recente. A criança não tem espaço para ser ouvida, portanto, não participa como sujeito do seu processo de socialização e da elaboração de políticas públicas (ABRAMOWICZ; OLIVEIRA, 2010). Além disso, a literatura sobre a análise da atuação profissional mediante a prática da CA para a saúde da criança se encontra escassa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Clínica Ampliada

Os novos desafios da epidemiologia moderna compreendem o complexo fenômeno que associam os fatores biológicos aos psicológicos, sociais e ecológicos, aos quais atuam diferente em cada pessoa e enfermidade (ALMEIDA, 2008). Neste sentido, a CA apresenta o compromisso com o sujeito, e não só com a doença, reconhece os limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos a ele atribuído, afirmando o encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem no estabelecimento da relação. Portanto, a CA busca o equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde, reconhecendo intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Além disso, aposta em equipes multiprofissionais e transdisciplinares, fomenta a corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) e defendendo os direitos dos usuários (GENIOLE et al., 2010).

No contexto do SUS, a CA é caracterizada pelos seguintes eixos (BRASIL, 2010):

1. Compreensão ampliada do processo de saúde doença

Busca evitar a abordagem de uma clínica reduzida à doença que privilegie excessivamente alguma matriz do conhecimento em detrimento a uma clínica que possibilite enxergar as várias dimensões do problema. A clínica ampliada busca construir sínteses singulares, tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho.

2. Construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas

Reconhecer a complexidade das situações torna evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo que é a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas. Essa necessidade de compartilhamento estende-se a equipe de saúde, outros serviços de saúde e setores que frequentemente fazem parte da rede assistencial. Trata-se de reconhecer que apostar em várias dimensões do problema de forma compartilhada é mais potente do que persistir em uma abordagem pontual unilateral.

3. Ampliação do “objeto de trabalho”

O objeto de trabalho dos profissionais de saúde deve ser as pessoas ou grupo de pessoas e não os diagnósticos, terapêuticas e procedimentos. Portanto, devem pertencer ao campo de conhecimentos dos profissionais de saúde saberes que permitam alguma compreensão e alguns instrumentos para lidar com o tema pessoa. É possível que a compreensão ampliada provoque uma sensação de insegurança, pois traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde, principalmente em relação aos problemas sociais e subjetivos.

4. Transformações dos “meios” ou instrumentos de trabalho

São necessários arranjos e dispositivos de gestão e cuidado que possibilitem a ampliação da clínica, privilegiando a comunicação transversal na equipe e entre equipes, a escuta qualificada na relação clínica e a capacidade de lidar com os problemas complexos. Destacam-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), equipe de referência e apoio matricial, cogestão e o acolhimento.

5. Suporte para o profissional de saúde

Com a ampliação do processo saúde doença e do objeto de trabalho, os problemas tornam-se mais complexos e os profissionais mais expostos às situações inesperadas que os movem da zona de conforto. Trabalhar com o objeto reduzido acaba tendo uma função protetora, pois permite ao profissional “não ouvir”, limita-se a intervenções predominantemente orgânicas e ao “não envolvimento” profissional ao sofrimento e “dramas” da situação. A partir disso, a gestão deve evitar individualizar e culpabilizar o profissional que encontrar dificuldades em lidar com o processo. Geralmente, as dificuldades pessoais são reflexos de problemas no processo de trabalho.

De acordo com CUNHA (2004), a CA é a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, não apenas o biológico, possa ser considerado, entendendo que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde. Desta forma, a CA é interpretada como um dispositivo de articulação e inclusão dos diferentes saberes e poderes com enfoque no trabalho em equipe, integrando várias abordagens para possibilitar o manejo eficaz do processo de trabalho e contrapondo a fragmentação vivenciada no modelo biomédico da prática clínica tradicional (BRASIL, 2009).

A diversidade e a complexidade de situações que emergem do território necessitam de uma abordagem familiar e comunitária, sendo inconcebível partir da ótica da atuação de um único profissional de saúde. Este movimento convida a repensarmos a contribuição e resolutividade da clínica tradicional na ESF (SCHLITHLER et al., 2013). Para Cunha (2004), a ineficiência dos instrumentos hospitalares na APS contribui para a ‘cultura’ de desprezo e baixo envolvimento, fato reforçado pela classe médica que considera os problemas da atenção básica fora da responsabilidade médica negando a complexidade de uma clínica que necessita entender o Sujeito e prevê a negociação da terapêutica. Evidentemente, a APS/ESF apresentam especificidades que necessitam de uma prática clínica que contemple os aspectos biopsicossociais, o contexto e a singularidades dos Sujeitos.

A CA considera que precisamos enxergar além do que é praxe em nossa clínica, impulsiona aos vários olhares por meio do trabalho em equipe e emerge quando cada profissional passa a compartilhar suas experiências, abrindo espaço para o singular. Cada membro da equipe dispõe de seu saber e suas técnicas para promover as construções de ações interdisciplinares e ampliação do cuidado (SCHLITHLER et al., 2013).

Outra pretensão da CA é reconhecer e denunciar os limites, riscos e danos intrínsecos a clínica biomédica (CUNHA, 2004).

Em 2003, Capozzolo apontou como desafios à CA, a organização do trabalho pautado na oferta de assistência médica individual, cuidado predominantemente centrado no processo biológico de adoecer, falta de capacitação e apoio para a abordagem das necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões, o elevado número de famílias sob a responsabilidade da equipe e dificuldades de retaguarda dos outros níveis de Atenção à Saúde. Ainda, evidenciou problemas relacionados à formação profissional, ao desenho do modelo de Atenção à Saúde, à gestão, à organização do processo de trabalho, dentre outros. Para Cunha (2004), nem sempre transforma-se a clínica ao mudar o modelo de atenção e gestão, apesar dos avanços do trabalho em equipe, da adscrição da clientela, da gestão por resultados, as armadilhas da clínica tradicional ainda são evidentes e as equipes multiprofissionais apresentam dificuldades em desviar o foco da doença e do corpo a despeito das demandas dos usuários. A dicotomização entre o individual e coletivo, curativo e preventivo são heranças da transição do modelo de atenção e dificultam a valorização da integralidade das ações em desprezo de um ou outro aspecto. A novidade da CA é negar a preponderância de qualquer elemento *a priori* (CUNHA, 2004).

Diante disso, Cunha (2004) aponta algumas implicações da CA em termos de capacidades e disponibilidades dos profissionais de saúde para executá-la, considerando que a clínica é sempre uma interação complexa entre sujeitos singulares (individuais ou coletivos):

1. Disposição para buscar constantemente nos encontros da clínica uma percepção de “si” mesmo, imerso em diversas forças e afetos (em transformação);
2. Disposição na tentativa de articular ou compor satisfatoriamente, para cada situação singular, um “cardápio de ofertas” de saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira possível com a tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes;
3. Disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, levando em conta as variáveis necessárias em cada momento;
4. Capacidade de lidar com a relativa incerteza (e o “luto” da percepção de inexistência de certezas absolutas) que esses desafios trazem;
5. Disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de maneira que seja possível criar mais facilmente uma dinâmica solidária e disponível para a clínica ampliada.

Além das implicações inerentes aos profissionais, Coelho (2008) inclui os principais aspectos operativos e filosóficos da CA:

- a) Equipes de referência: vincular e responsabilizar um certo número de usuários/famílias a equipe ou profissional de referência;
- b) Apoio especializado matricial: assegura retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência;
- c) Formação de vínculo: processo de corresponsabilização pela saúde entre usuário e equipe ao longo do tempo;
- d) Responsabilização clínica e sanitária: a equipe deve assumir a responsabilidade clínica e sanitária, incluindo as questões ambientais e epidemiológicas da população por ela assistida;
- e) Identificação de risco e vulnerabilidade: necessidade de avaliar risco e vulnerabilidade e propor abordagens individuais e coletivas;
- f) Utilização de múltiplos paradigmas: embora necessário, o paradigma biomédico é insuficiente, assim, torna-se necessário lançar mão de outros campos do conhecimento para contemplar as necessidades do objeto ampliado;

- g) Trabalho em equipe: é necessário o intercuro de vários campos do conhecimento para a complexa tarefa de produzir saúde;
- h) Construção de autonomias: aumentar o poder do usuário para que ele possa interferir positivamente em seus determinantes e nas consequências de seu processo de saúde e doenças;
- i) Elaboração de projetos terapêuticos singulares: encontrar estratégias de cuidado à saúde singulares para cada sujeito e seu contexto;
- j) Elaboração de projetos de intervenção na comunidade: abordagem de problemas ou necessidades de saúde comuns ao contexto de vida da comunidade sob a responsabilidade de uma determinada equipe.

Outro caminho de ampliação da clínica que vem sendo apontado são as práticas integrativas. Em 2004, Cunha discutiu a contribuição da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa como estratégias, pois auxiliam na ampliação da coleta de dados para história clínica, as quais consideram para além dos aspectos biomédicos, coloca o profissional como coadjuvante do processo de cura e utiliza recursos não só para o tratamento, mas também para a manutenção da saúde.

2.2 Clínica ampliada na infância

A concepção de infância está em permanente construção, pois se modifica de acordo com os fenômenos sociais. O papel da mulher, da família, a relação com o trabalho de uma determinada sociedade influencia a concepção de infância. Durante séculos, a criança não foi sujeito de direitos, era simplesmente algo à margem da família, considerada como um "vir a ser". Só era considerada sujeito quando chegava à idade da razão (SOUZA, 2014).

A degradação da concepção de infância produz um cuidado fragmentado, no qual a concepção biológica sobre a criança esquadrinha, mede, normatiza e prescreve uma infância e a concepção psicológica mede a inteligência e a capacidade mental (ABRAMOWICZ; OLIVEIRA, 2010).

A tradição hospitalar prioriza a técnica, as rotinas e os procedimentos em detrimento a singularidade infantil e suas expressões (brincar, recusar procedimentos de cuidado, choros, questionamentos da rotina, barulhos, reivindicações variadas, dentre outros). Essa imagem desqualifica a infância socialmente e reduz a criança à dependente do adulto, sem direito a escolha. Na perspectiva interacionista, a criança é considerada um ator social que participa das

interações e trocas, atribuindo significados aos processos de que participa na sociedade (MOREIRA; MACEDO, 2013).

A expressão lúdica é um mecanismo eficiente de significação da criança, o brincar é importante forma de intervenção em saúde junto à criança, contribuindo para vários setores do desenvolvimento infantil. Ainda são grandes os esforços no sentido de reconhecer as crianças enquanto atores sociais, os autores destacam a necessidade de realização de outras pesquisas que tenham as crianças como sujeitos de expressão (MOREIRA; MACEDO, 2013).

Moreira e Macedo (2013) destacam o potencial do brincar enquanto dispositivo de humanização e construção de referência e de uma clínica ampliada.

O conceito de infância como norteador de ações para a transformação da realidade, de acordo com Chiesa e Veríssimo (2009) é:

Reconhecer a infância como um período de formação de um sujeito de direitos, cidadão integral, curioso, feliz, amado e capaz de amar, criativo, livre, capaz de estabelecer relações de alteridade com outros sujeitos, em atitudes de respeito a subjetividades de cidadania responsáveis e críticas, presentes nos ambientes em que se desenvolvam (CHIESA; VERISSÍMO, 2009, p. 76).

Além disso, torna-se necessário delimitar as fases da infância, sendo a primeira infância o período de 0 a 6 anos, dentro desse período há uma fase considerada ainda mais importante para o desenvolvimento infantil, 0 a 3 anos, chamada de primeiríssima infância. Embora teóricos de diferentes áreas da saúde e educação já viessem apontando a importância da primeira infância, foi na década de 1990, com o avanço dos estudos que compreendem a estrutura e o funcionamento do cérebro, que os estudiosos puderam reconhecer que é principalmente no período de 0 a 3 anos que se estabelecem as bases para o desenvolvimento global da criança (FMCSV, 2013).

Atualmente, com a evolução dos exames e estudos da neurociência comprovou-se que os primeiros anos de vida são extremamente relevantes ao desenvolvimento do ser humano. Eles compreendem uma fase da vida marcada pela complexa inter-relação entre genes e ambiente e este processo molda a arquitetura cerebral e os sistemas biológicos de vida, estabelecendo as bases para as habilidades e competências físicas, cognitivas, socioemocionais e linguísticas, definindo os padrões de interação humana. Portanto, as experiências sociais e ambientais influenciam as vias neurobiológicas e afetam a saúde, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida. Desta forma, os estudos têm demonstrado que as interações

sociais são essenciais para o desenvolvimento cerebral nos primeiros anos de vida tanto quanto a nutrição e os cuidados físicos (SCHNEIDER; FRUTUOSO; CATANELI, 2015). Assim, olhar para estes aspectos durante a infância contribuem para o desenvolvimento humano.

Estudos demonstram resultados positivos no desenvolvimento infantil quando as intervenções envolvem ações integradas entre saúde, desenvolvimento social e educação. Eles concluem que o desenvolvimento na primeira infância influencia de forma decisiva a saúde, as oportunidades na vida tanto em termos de desenvolvimento de habilidades quanto em educação e empregabilidade (SCHNEIDER; FRUTUOSO; CATANELI, 2015).

Diante do exposto, evidencia-se a importância da abordagem integral desta fase de vida, afirmando a necessidade de extrapolar a assistência para além da avaliação antropométrica e acompanhamento dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (CASTRO et al., 2015). A CA propõe uma abordagem integral e, nesta perspectiva, o Brasil conta com algumas iniciativas governamentais e não governamentais que defendem a integralidade do desenvolvimento infantil.

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) é uma instituição familiar, criada em 1965, que visa à promoção do desenvolvimento da primeira infância. O objetivo é provocar mudanças de comportamento que promovam a qualificação da atenção dada às crianças, buscando o seu desenvolvimento integral e o desenvolvimento da sociedade como um todo. Promove projetos sociais, cursos, publicações, eventos, vídeos, programas de TV, financiamento à pesquisa e tradução de conteúdos estrangeiros, entre outros. Os públicos alvos são profissionais de todas as áreas que lidam com gestantes, famílias, crianças pequenas, gestores públicos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas, mídia e formadores de opinião (FMCSV, 2013).

A constatação de que as experiências nos primeiros anos de vida são determinantes para o crescimento e o desenvolvimento da criança e da sociedade incentivaram, em 2009, os primeiros passos do Projeto Primeiríssima Infância (PPI) em parceria com cidades do estado de São Paulo (Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga). Os municípios do estado de São Paulo que participaram do PPI divulgaram alguns avanços para o desenvolvimento infantil integral:

- Maior interação com as famílias;
- Maior atenção à preparação para o parto e aos primeiros dias de vida do bebê;

- Crianças com mais oportunidades de exercerem a autonomia;
- Mais oportunidades ao exercício da paternidade responsável;
- Trabalho intersetorial, parcerias e mobilização em favor da primeira infância;
- Criação de espaços lúdicos (FMCSV, 2013).

De acordo com Pluciennik (2015), após a ampliação da colaboração entre profissionais de saúde e adoção de novas abordagens, alguns profissionais relataram estar mais atentos às questões relacionadas ao vínculo mãe-filho e indagaram mais sobre aspectos emocionais de rede de suporte. O estudo concluiu que a proposta de atuação integrada entre as áreas de saúde, educação e desenvolvimento social é inovadora e assegura a concepção de desenvolvimento integral e integrado. Além disso, vinculam o sucesso a disseminação do programa, a garantia de estrutura mínima de governança e as capacitações dos profissionais que atuam com a primeira infância.

Outro estudo demonstrou que após a intervenção do PPI os funcionários da educação infantil obtiveram maior conhecimento sobre o funcionamento do cérebro e suas implicações na vida da criança, um olhar diferenciado para a família e a relação com a escola e compreenderam a importância da formação de um vínculo mais efetivo com o grupo de criança (DINIZ, 2015).

Janelas de Oportunidades é outro projeto que tem o objetivo de promover o desenvolvimento infantil, complementando a abordagem tradicional da criança, inclusive na clínica, ampliando as ações para um cuidado além do biológico e fisiologista, o que muitas vezes é reforçado pelos próprios indicadores de saúde do desenvolvimento infantil. O projeto compreendeu os eixos teóricos – clínica ampliada, família e patrimônio familiar e teve a finalidade de construção de ações integrada em diversas dimensões, como afeto, cuidado, vínculo, entre outras. A intenção foi a de capacitar e apoiar as equipes de saúde da família de modo a ampliar sua visão quanto ao desenvolvimento infantil integral em sua rotina familiar, favorecendo o vínculo com todos os envolvidos no cuidado à criança. O estudo concluiu que a ampliação da clínica é um grande desafio, mas que projetos e programas de desenvolvimento infantil têm mostrado potencial para modificar esta perspectiva de cuidado em equipes de saúde da família (CASTRO et al., 2015).

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta a experiência do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), política pública que se tornou Lei Estadual em 2006. O objetivo desse programa

é o de estimular o desenvolvimento infantil a partir da orientação das famílias por meio de sua cultura e experiências da gestação aos cinco anos de vida. Através da atenção individual, grupal e comunitária, realizadas por visitadoras capacitadas, as ações são sistematizadas e abrangem a família, sua história, vivências e contexto atual, além de fortalecerem o papel dos sujeitos promotores do próprio cuidado. Os resultados são promissores, mas a concretização desta política inclui vários aspectos, como a realidade social, política e econômica dos municípios. O PIM ainda não atende as exigências dos tribunais de contas, o que dificulta o financiamento e a sustentabilidade do programa (BERGMANN et al., 2015). Em 2015, Chiapin e Colossi apresentaram o PIM como um modelo de sucesso para a aplicação do acolhimento às famílias, além de impactar positivamente na articulação da rede de serviços, promovendo a intersetorialidade.

Em 2007, surge a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), fruto da parceria entre MS e a Fundação Oswaldo Cruz. Esta proposta considera a importante relação entre o crescimento e desenvolvimento de uma nação e de cada um de seus cidadãos. Trata-se da defesa de uma agenda pautada no desenvolvimento infantil pleno e saudável e na importância da primeira infância (PENELLO, 2015).

A trajetória da EBBS contribuiu para a elaboração da PNAISC que foi discutida em um grande processo participativo envolvendo organizações governamentais, não governamentais e sociedade civil. Considerada uma conquista da participação social, a política traz arranjos inovadores para o desenvolvimento infantil integral e pleno, considerando as diferenças regionais brasileiras, a expressão cultural e as necessidades e demandas com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência (PENELLO, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a compreensão dos membros da equipe de ESF sobre CA na infância.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o cuidado à saúde da criança ofertado pelos profissionais da ESF;
- Elencar as potencialidades e desafios da prática da CA na infância no contexto de ESF.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa que aprofunda a investigação do fenômeno e preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, considerando a inteligibilidade, o significado e a intencionalidade que os atores atribuem aos fenômenos sociais. Esse tipo de estudo utiliza o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2005; 2012).

4.2 Cenário do Estudo

O município de São Carlos localiza-se na região central do estado de São Paulo e possui 226.322 (BRASIL, 2015b). A Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, no sentido de uma transformação progressiva, vem reorientando o modelo de atenção à saúde, adotando a ESF como eixo estruturante da Rede de Atenção Básica. Aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF/MS) com a meta de alcançar até 2008 uma cobertura de 50% da população assistida pela ESF (SÃO CARLOS, 2007), no entanto, os dados de 2015 informam que o município não atingiu a cobertura planejada chegando apenas 30,49% da população (BRASIL, 2015b).

No processo de territorialização o município foi dividido em 4 grandes regiões de saúde, denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES). Tal processo ocorreu em 2003 por meio da realização de oficinas, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde (SÃO CARLOS, 2007).

As ARES compreendem as seguintes unidades:

ARES 1: Cidade Aracy: Unidade Básica de Saúde (UBS) Cidade Aracy (com serviço de Pronto Atendimento 24 horas), Unidade de Saúde da Família (USF) Antenor Garcia, USF Presidente Collor, USF Cidade Aracy Eq. 1 e 2 e USF José Fernando Petrilli Filho.

ARES 2: Vila Isabel: UBS Azulville, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Vila Isabel, USF Jardim Gonzaga e USF Jardim Cruzeiro do Sul Eq. 1 e 2.

ARES 3: Redenção: UBS Jardim Botafogo, UBS Redenção, USF Jardim São Carlos e USF Jardim Beatriz (em fase de implantação).

ARES 4: Vila São José: UBS Maria Estella Fagá (equipe 1 e 2), UBS São José, UBS Vila Nery e USF Jardim Munique, USF Astolpho Luiz do Prado, incluindo as dos subdistritos rurais – USF Santa Eudóxia e USF Água Vermelha.

ARES 5: Santa Felícia: USF Jockey Clube, USF Jd. Guanabara, UBS Parque Delta, UBS Santa Felícia, UBS Santa Paula, USF Romeu Tortorelli, USF Santa Angelina.

Portanto, a Rede de Atenção Básica é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 20 equipes de ESF (BRASIL, 2015b).

4.3 Sujeito do estudo

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais de saúde que integram as equipes mínimas com saúde bucal modalidade I das USF da ARES Cidade Aracy, compreendendo as seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem e auxiliares de consultório dentário (BRASIL, 2006).

4.4 Critérios de Seleção

Foram incluídos todos os profissionais de saúde das equipes mínimas com saúde bucal modalidade I das USF que constituem a ARES Cidade Aracy que se dispuseram a participar da pesquisa voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A ARES Cidade Aracy foi escolhida para este estudo por ser a regional de saúde que possui o maior número de USF e a maior porcentagem de crianças (23,66%) cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de São Carlos em 2013.

Os profissionais de saúde que não fazem parte das equipes mínimas com saúde bucal modalidade I das USF da ARES Cidade Aracy foram excluídos, bem como os que fazem parte, mas não se voluntariaram a participar da pesquisa.

4.5 População do estudo

Todos os profissionais de saúde das equipes mínimas com saúde bucal modalidade I das USF da ARES Cidade Aracy que preencheram os critérios de inclusão do estudo, compreendendo 53 profissionais.

4.6 Procedimentos para a coleta de dados

Como instrumento de pesquisa utilizou-se a entrevista semiestruturada que combina questões abertas e fechadas (Apêndice A).

A entrevista é uma técnica privilegiada de interação social e objetiva construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa. A organização semiestruturada possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema sem se prender à indagação formulada, por isso utilizou-se um roteiro contendo questões norteadoras, motivando o informante e coletando a maior quantidade de informações sem cansá-lo (MINAYO et al., 2012).

Utilizou-se linguagem acessível que possibilita a fala espontânea, realista e natural (MINAYO et al., 2012). Com isso, pretendeu-se aproximar de uma conversa informal e nem todas as questões norteadoras necessitaram ser utilizadas. Algumas vezes foi necessário introduzir questões adicionais de forma a recompor o contexto da entrevista ou obter um maior detalhamento do assunto em questão.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, gravadas e transcritas na íntegra. Elas ocorreram entre os meses de maio a agosto de 2015, em horário e local de trabalho dos próprios profissionais. Não houve dificuldades em realizá-las. Todas as entrevistas foram agendadas previamente em dias e horários escolhidos pelo próprios profissionais, ocorreram no período da tarde e, em sua maioria, durante a reunião de equipe. Ao total foram realizadas 6 visitas nas USF da ARES Cidade Aracy até contemplar os 32 indivíduos que aceitaram o convite em participar da pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados optou-se pela técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2009). Este método permitiu analisar as vivências dos sujeitos, bem como suas percepções sobre determinado objeto e fenômeno. Também para a análise foram seguidos os procedimentos metodológicos descritos por Minayo (2012):

- Caracterização: leitura exaustiva do material coletado, possibilitando a geração de impressões iniciais acerca do material, exploração e codificação do material, a fim de buscar classificar os recortes em categorias temáticas;
- Inferência: após a categorização dos recortes principais, buscou-se por inferências a identificação de premissas sabidamente conhecidas ou outras inesperadas;

- Descrição: prosseguindo com a descrição dos resultados obtidos;
- Interpretação: realizando a análise e interpretando os resultados à luz da fundamentação teórica.

Os entrevistados foram nomeados por números a fim de garantir o sigilo dos participantes durante as análises textuais de 1 a 32.

4.8 Aspectos éticos

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar, de acordo com as normas da Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Antes do projeto ser encaminhado ao CEP da UFSCar, foram realizados os contatos iniciais com a Secretaria Municipal de Saúde para aquiescência e autorização prévia da mesma em documento previsto pelo CEP (Anexo A). Aproveitou-se a oportunidade para pactuar os diferentes horários em que o pesquisador estaria presente para a coleta de dados por meio de entrevista.

O trabalho de campo só foi iniciado após parecer favorável do comitê com o número CAAE 43159515.9.0000.5504, emitido em 24 de abril de 2015 (Anexo B), e autorização formal dos sujeitos, mediante assinatura do TCLE pelos participantes, respeitando-se a disponibilidade em participar ou se retirar do estudo a qualquer momento do processo (Apêndice B). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, os riscos e desconfortos decorrentes da sua participação, bem como dos benefícios esperados, de forma que eles pudessem se sentir seguros quanto ao sigilo e à confidencialidade das informações coletadas. Além disso, foi assegurado que os seus nomes não constariam em nenhum documento, de forma a respeitar o anonimato.

5 RESULTADOS

O universo estudado foi representado por 32 (60,37%) profissionais de saúde de um total de 53 pessoas que integravam as equipes das USF da ARES Cidade Aracy.

Na representação dos resultados, a partir de uma organização quantitativa, caracterizou-se a população estudada de acordo com os dados sociodemográficos.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1 que representa a caracterização dos entrevistados de acordo com idade e sexo.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes em relação à idade e sexo

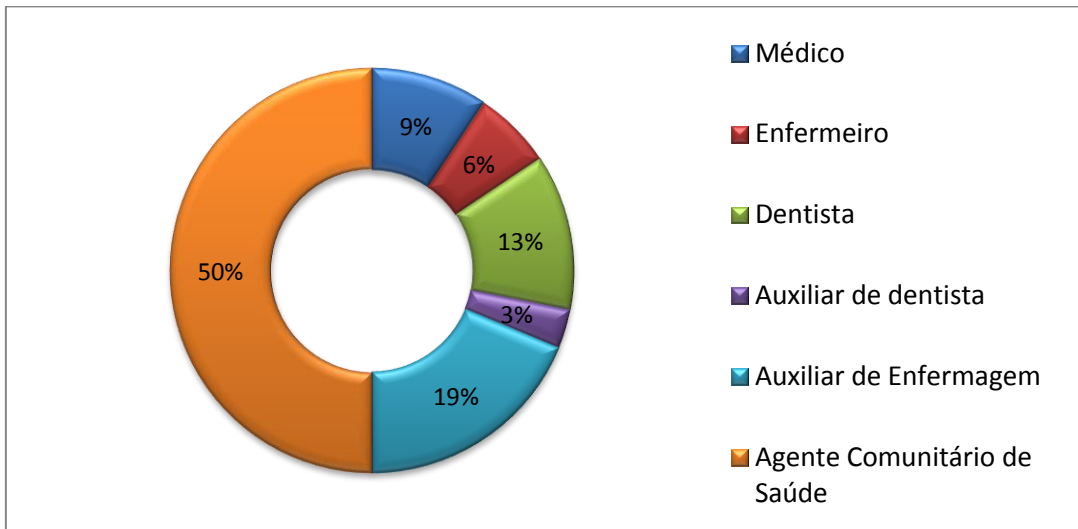
Faixa etária	Idade		Gênero			
	N	%	Feminino		Masculino	
25-35	16	50%	14	43,75%	2	6,25%
36-45	7	21,87%	5	15,62%	2	6,25%
46-55	7	21,87%	5	15,62%	2	6,25%
> 55	2	6,25%	2	6,25%		
Total	32	100%	26	81,25%	6	18,75%

Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 1 demonstrou que 50% dos profissionais têm entre 25 e 35 anos sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 60 anos, desses 81,25% são do sexo feminino.

A relação de participantes de acordo com a categoria profissional está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número dos participantes em relação às categorias profissionais

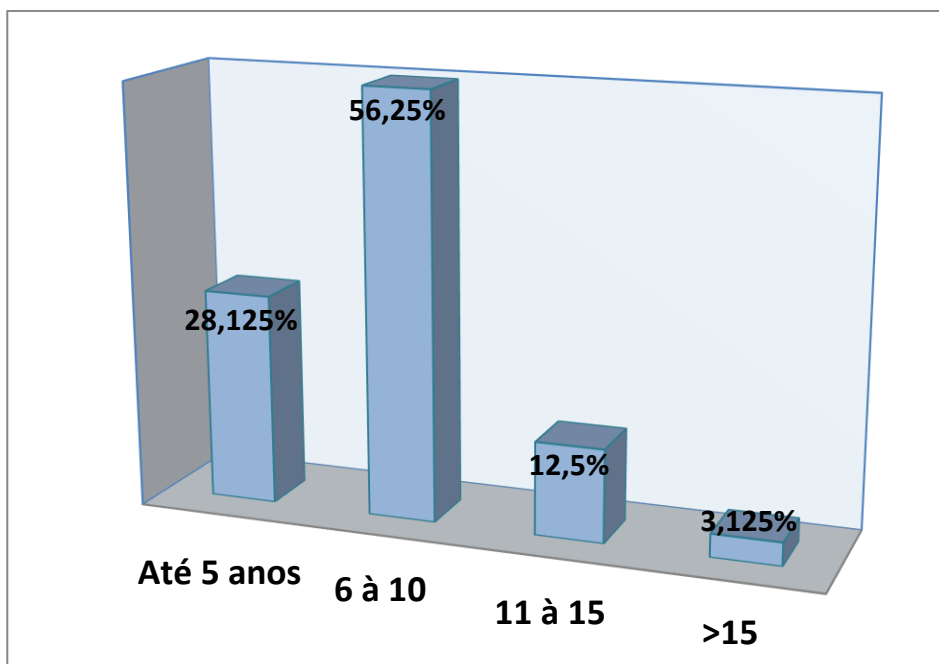


Fonte: Elaborado pela autora.

Os ACS representaram 50% dos entrevistados, seguidos por 19% de auxiliares de enfermagem, sendo a maioria de nível médio de escolaridade.

O Gráfico 2 mostra a relação de participantes da pesquisa por tempo trabalhado em USF.

Gráfico 1 – Relação de participantes por tempo de trabalho em USF



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme apresentado no Gráfico 2, a maioria dos profissionais atuam em USF há mais de 05 anos e apenas um participante há mais de 15 anos.

Os resultados, a seguir, estão apresentados em categorias e subcategorias.

Tabela 2 – Categorias e subcategorias apresentadas pela pesquisa

Categorias	Subcategorias
Clínica Ampliada na infância: cuidado integral x biomédico	
O fazer da Clínica Ampliada na infância: fatores potencializadores e desafiadores.	Ampliação do Objeto
	Modelo de Atenção à Saúde
	Apoio da Gestão

Fonte: Elaborado pela autora.

As categorias são intituladas: o saber sobre a Clínica Ampliada na infância: cuidado integral x biomédico e o fazer da Clínica Ampliada na infância: fatores potencializadores e desafiadores. Para a segunda categoria foram criadas as seguintes subcategorias: ampliação do objeto, modelo de atenção à saúde e apoio da gestão.

O saber sobre Clínica Ampliada na infância: cuidado integral x biomédico

Constatou-se que 19 dos 32 profissionais entrevistados já ouviram falar sobre o termo CA e que são os profissionais de nível superior que descreveram o conceito com facilidade e clareza, enfatizando o enfoque biopsicossocial e multiprofissional:

Com foco mais ampliado, na questão cultural, na questão de que o ser não é só a doença, o fisiológico, tem todo um contexto, um contexto religioso, do contexto socioeconômico, da forma como você foi criado, psicológico, familiar, estrutura familiar, então é esse olhar (10).

Clinica ampliada é olhar a criança como um todo, não só naquela área da gente entendeu? Como eu, dentista só olhar a boca, olhar o todo da criança, a parte que seria o físico da criança, a parte emocional, o desenvolvimento, entendeu? E tem que tentar interligar com os outros profissionais das áreas (21).

Os entrevistados descreveram a CA na infância como cuidado amplo e integral, não fragmentado, que compreende todas as fases desde a concepção. Estendendo o cuidado aos demais membros da família, com um olhar para além do biológico, representando uma compreensão ampliada tanto do processo saúde doença quanto do objeto de trabalho.

(...) a gente tem que ter uma visão ampliada dessa criança, qual o contexto onde ela vive, como que é a vida dela nesse espaço, não é? Familiar, como que a família a trata, como que é a convivência inclusive na escola, ah..., rendimento escolar, essas coisas assim, então é um todo, eu vejo (03).

Bom, a Clínica Ampliada não pensa só na parte médica, doenças, então pensa no desenvolvimento da criança como um todo, aí a parte se a criança brinca, os relacionamentos, como são os vínculos com a família, então inclui não só as questões de saúde, né? (30).

(...) verifico a criança, o seu desenvolvimento... então acredito que seja mais ampliada, é mais do que ver só vacininas, se está tudo em ordem, ou se veio na consultinha” (04).

Apenas um participante do estudo relatou o brincar enquanto ação oferecida pelo serviço de saúde, além disso, o reconheceu como cuidado ampliado.

De um cuidado ampliado eu acho que aqui na unidade a gente faz a parte do brincar às vezes quando as crianças estão na sala de espera, ou é um desenho, ou é um lápis de cor pra elas desenharem, ou as vezes, é... alguma brincadeira, não muito, não muita coisa mais faz algumas coisas sim nessa área do brincar (27).

Alguns entrevistados afirmaram conhecer a CA na infância, mas apresentaram dificuldades em descrevê-la.

Ah eu acho que é um tipo de atenção que eles dão mais para crianças dessa fase, não é? Mais ou menos assim (07).

Cuidado mais específico para criança mesmo (15).

Apesar da dificuldade constatada no momento de explicar a CA na infância, alguns profissionais que negaram já ter ouvido falar sobre o termo descreveram com um olhar próximo do conceito teórico.

Ah, o cuidado mais amplo, é... o olhar não só a saúde da criança, mas num todo não é? Onde a criança vive, quem cuida dessa criança, quais os ambientes que ela frequenta (02).

Não, eu acredito que seja o acompanhamento da criança nas diversas fases da vida, e com todos os profissionais que trabalham na rede (04).

No entanto, alguns consideraram que a CA na infância está exclusivamente relacionada à prática dos médicos, dentistas e enfermeiros:

É pequeno, porque a criança passa mais com a enfermeira e com o médico aqui, não tenho muita experiência com criança, é mais medidas antropométricas (...) (14).

(...)hoje a gente está com acompanhamento de puericultura que é só com o médico e não chega a ser quatro consultas por anos, então é pouco, quase não dá para verificar o desenvolvimento da criança (04).

Neste mesmo sentido, há situações em que os entrevistados de nível médio excluíram sua participação na realização da CA na infância:

Eu posso te dar a minha visão porque a grande parte dessa clínica fica pela área médica, área de enfermagem, não é? No meu caso ou na minha concepção, a criança, ela tem o direito, não é? (22).

Os participantes que disseram não conhecer o conceito de CA na infância citaram como sinônimos algumas ações da clínica tradicional da saúde da criança, como puericultura, acompanhamento dos marcos da idade, consultas de rotina, avaliação antropométrica, dentre outras com foco biomédico:

Não, não com esse nome. Puericultura, controle de peso (...) (01).

Não, nunca ouvi, sobre esse nome não. CA? É puericultura, puericultura (...) (27).

Então, eu acredito que pode ser puericultura ou alguma coisa assim voltada (...) (08).

Muitos entrevistados associaram o conceito de CA na infância aos programas “Primeira Infância” e “Primeiríssima Infância” que, apesar de preconizarem a ampliação da prática clínica, ainda encontram-se incipientes, pois são parcerias entre FMCSV e o município, não abrangendo toda rede de forma uniforme:

É a gente tem aquele... Todo ano a gente fala sobre... Fugiu o nome... Primeira Infância, não é? Primeira Infância, então, a gente tenta fazer ações juntamente com a primeira infância (...) (05).

Não. Não, só ouvi falar sobre a primeira infância, o acompanhamento da primeira infância, da gestação aos três anos de idade (06).

O fazer da CA na infância: fatores potencializadores e desafiadores

Nota-se uma distância entre o que os profissionais consideraram como CA e o que de fato eles fazem ou conseguem fazer em seu trabalho cotidiano. Desta forma, eles apontaram vários elementos que contribuem ou que dificultam a operacionalização da CA na infância. Para elucidar de forma mais organizada os resultados, optou-se por representá-los nas seguintes subcategorias: ampliação do objeto, modelo de atenção à saúde, apoio da gestão e apoio emocional.

Ampliação do objeto

Os profissionais ressaltaram a importância da visão ampliada do contexto da criança para o desenvolvimento infantil, considerando aspectos familiares, culturais, emocionais, relacionais e socioeconômicos. Destacaram a necessidade de um cuidado livre de julgamento e preconceitos, considerando o saber da família formal e informal e não só da equipe de saúde.

Relatos evidenciaram que a ampliação da prática clínica é constatada com a preocupação do profissional em considerar o contexto e a cultura das famílias na tentativa de diminuir as inferências e preconceitos, ampliando as possibilidades de proporcionar um cuidado coerente com as expectativas e possibilidades da família. Os profissionais superaram o acompanhamento individual e descontextualizado da criança, enfatizando o cuidado familiar:

Se ela vai voltar para o trabalho, se ela tem condição de amamentar, sair do trabalho... então você tem que conhecer a estrutura familiar. Não tem como você fazer orientações de cuidado sem saber se essa pessoa pode prestar esse cuidado, então é o mínimo (...) (21).

Olha, desde a gestação a gente acompanha as famílias (...) (11).

O que adianta eu cuidar só dessa criança se eu não cuidar dos irmãos dessa criança, não cuidar da mãe, do pai...O cuidado não é só da criança mais eu acho que é da família como um todo, para poder cuidar bem dessa criança (03).

Os entrevistados ressaltaram a necessidade da participação dos pais ou responsáveis na construção do plano de cuidado, pois as crianças dependem dos pais para a execução dos seus cuidados. As faltas de adesão às propostas de cuidado apareceram como um obstáculo para a ampliação da clínica, uma vez que muitos referiram que os pais e cuidadores não valorizam a prevenção, principalmente, quando as atividades são coletivas. Eles enfrentam o desafio de conscientizá-los sobre a importância dos cuidados nestes primeiros anos de vida para o bom desenvolvimento tanto na infância/adolescência quanto vida adulta. Além disso, os entrevistados apontaram que o estabelecimento de vínculo aproxima a família da equipe e facilita a adesão e compreensão dos pais e famílias:

Eu acho que contribui bastante para o cuidado ampliado da criança é a participação da família, a participação da família é essencial (27).

A interação da unidade com a família... conscientizar a família do pleno cuidado com a criança em todos os aspectos (...) (02).

No entanto, as necessidades de orientações para pais e cuidadores apareceram em muitas falas, algumas com características mais autoritárias e prescritivas e em outras de forma mais cooperada e construtiva, considerando as particularidades das famílias em seus aspectos estruturais, relacionais, socioeconômicos e culturais:

Então a gente tem que ter essa preocupação, que é muito importante ter esse olhar, daquilo que você vai orientar, daquilo que você vai fazer, você tem que conhecer um pouco dessa família, para saber como que você vai orientar (10).

Modelo de Atenção à Saúde: ESF

Os profissionais de saúde que descreveram práticas que representaram um cuidado ampliado afirmaram que elas são facilitadas pelo modelo de atenção em saúde da ESF:

Esse programa é muito positivo por facilitar esse contato direto (22).

A gente procura inserir essa pessoa dentro do contexto e fazer com que ela entenda que aqui essa estratégia procura adequar de uma forma mais interessante, e que

procura fazer um acompanhamento de saúde de uma forma integral com responsabilização e autocuidado, de uma maneira mais intensa, não é? (12).

Relataram que a ESF proporciona um contato próximo da população, estimulando e favorecendo a formação de vínculo o que, conseqüentemente, parece melhorar a adesão das famílias às propostas de cuidado, principalmente, nas intervenções coletivas. Entre as ações que estreitam o vínculo, destacaram as visitas domiciliares e a longitudinalidade do cuidado, novamente as diretrizes da ESF são evidenciadas como facilitadoras da CA na infância.

Os entrevistados afirmaram que a visita domiciliar estreita o vínculo, estimulando uma relação de confiança que torna as ações mais humanizadas e efetivas:

(...) a gente tenta ampliar, tenta contextualizar, por exemplo ... a gente entra na casa das pessoas (13).

Tem a questão que eu te falei, da visita, né? Domiciliar, da proximidade do vínculo que a gente tem, como todo né (10).

Apesar de representar um cuidado biomédico reducionista, a visita domiciliar foi diversas vezes citada como oportunidade para a realização de busca ativa de faltantes em consultas e vacinas.

(...) a gente faz a busca ativa, quando a gente vai às casas... quando elas faltam das consultas com a doutora... então a gente vai atrás das crianças (01).

(...) fazer uma busca para ver se tem as vacinas... se está indo à escola (...) (05).

O acompanhamento realizado pelos ACS é frequentemente citado como promotor/agente de ações da ampliação da clínica por estarem próximos das famílias e em permanente discussão com as equipes:

Bom eu acho que é o trabalho dos agentes de saúde, né. Porque a gente tem a liberdade de ir a casa e estar acompanhando de perto, né. De estar buscando, estar olhando, então eu acho que isso aí facilita, se elas não vêm aqui, a gente vai atrás delas para saber se está tudo bem, se elas estão com algum problema de saúde, então essa opção de a gente ir atrás acho que facilita bastante (07).

(...) no PSF, tendo uma enfermeira e um médico de referência, a gente consegue discutir algum caso, verificar qual é a parte que está faltando quando a criança de repente vem várias vezes no posto de saúde, o que está acontecendo, vamos fazer uma visita, vamos investigar, então eu acho que o contato com a família facilita (04).

Eu acho que mesmo essa questão dos ACS, que eles fazem essas visitas, essas buscas ativas, eu acho que eles trazem bastante coisa para gente (08).

Estes resultados reforçaram que nem todos os profissionais de nível médio entrevistados entenderam que a clínica ampliada na infância é responsabilidade dos profissionais de nível superior e valorizaram a atuação do ACS.

No entanto, o número insuficiente de profissionais e a sobrecarga burocrática dos ACS dificultam a realização das visitas domiciliares, fato que prejudica o trabalho de aproximação do contexto familiar e vínculo, nesse sentido, os profissionais solicitaram o apoio da gestão:

(...) às vezes a gente fica muito presa aqui com problemas e burocracias... é uma dificuldade que a equipe tem (07).

(...) por mim eu ficava na rua o dia inteiro, mas a gente tem que ficar na recepção (...) (17).

Os entrevistados enfatizaram que para ampliar a clínica é necessário trabalhar em equipe, com olhar multidisciplinar e construir o cuidado compartilhado entre os membros da equipe e o usuário. Relataram que quando a equipe se responsabiliza em compartilhar o cuidado evidenciam-se as vantagens do trabalho multiprofissional e da atuação interdisciplinar, valorizando o saber do núcleo de cada categoria profissional e compartilhando os aspectos do campo da saúde comuns a eles, isto é, o dentista, assim como foi relatado, vê muito mais que apenas uma boca. Ainda, na perspectiva de valorizar o modelo de atenção à saúde incluem como facilitador do processo de ampliação da clínica a intersectorialidade, principalmente, no que tange as parcerias com escolas, conselho tutelar, assistência social e outras:

Então para mim, pelo menos o que eu entendo sobre isso, é que a CA, é o cuidado de equipe multiprofissional que envolve também o próprio paciente no seu autocuidado e seus familiares, além da comunidade, os colegas de emprego. Todo mundo que tem algum vínculo com essa pessoa que está sendo tratada (...) (26).

Eu acho que a gente poderia trabalhar mais a questão dos grupos na escola, por exemplo, a gente está na escola de criança de 3 a menores de 5 anos, então, a gente já fez alguns trabalhos lá o ano passado, esse ano também a gente já deu um pulinho lá, o dentista também vai lá e faz atividades, eu acho que é um campo super rico (...) (10)

A palavra ampliada pra mim ela vai muito além do cuidado de saúde. Ela se estende a educação, ela se estende a vivência de comunidade, seja ela um culto religioso, seja ela um grupo de vizinhas. Então tudo isso interfere nessa ampliação desse cuidado (09).

(...) uma aluna da federal veio fazer shantala, fazer algumas coisas para gestantes e para os bebês, fizeram juntos, então, coisas que são ações que vai além da parte de prescrição médica né, ... então facilitar é assim (...) (03).

Estes depoimentos reforçaram a importância de buscar parcerias institucionais e comunitárias para a efetivação da CA na infância. Embora, algumas falas ressaltaram a

necessidade de acompanhamento especializado, valorizando um cuidado meramente biomédico, fragmentado e pautado em transferência de responsabilidade.

Acho que mais especialistas para criança mesmo... Mais pediatra, “oftalmo” infantil, ortopedista para criança também (15).

Várias vezes nos acionamos a nutricionista, várias vezes acionamos a fono, acionamos o médico, entendeu? Acionamos o agente de saúde, para observar aquela parte psicológica da criança, solicitamos psicólogos (...) (21).

A CA na infância considera os múltiplos paradigmas, evidenciando, cada um, conforme a necessidade, por isso a importância do olhar multiprofissional na construção coletiva do plano terapêutico, inclusive com a participação da criança e seus cuidados no sentido de ampliar a autonomia. Neste sentido, a ESF torna-se a coordenadora de toda rede de cuidado, desqualificando o movimento de encaminhamento unidirecional e fragmentado.

Os entrevistados que associaram a CA na infância com os Programas “Primeira Infância” e “PPI” descreveram sua prática de acordo as estabelecidas pelas fases do projeto, sendo o acompanhamento da gestação até os três anos de idade da criança, justificando ser esta uma idade crítica em que a criança absorve tudo que está a sua volta, por isso é importante saber como a mãe está orientando esta criança e quais as suas dificuldades. Além das visitas para as gestantes e crianças de 0 a três anos, referiram-se também ao trabalho destes projetos na escola à busca de crianças com vacina atrasada, que não são bem cuidadas ou que apresentam dificuldades na escola. Evidentemente, os programas propõem tanto ações que ampliam a clínica como as visitas domiciliares que valorizam a contextualização e o vínculo quanto ações hegemônicas e até policialescas. Talvez seja necessário aprofundar a compreensão sobre a forma como estas ações são realizadas. No entanto, referem-se à descontinuidade das ações, a pouca abrangência e à superficialidade do conhecimento específico. Desta forma, solicitaram apoio para ampliação e continuidade do PPI, além da manutenção da rede escola com apoio da universidade visando a capacitação profissional:

(...) a primeira infância ...como questionar a mãe sobre a percepção da criança, o desenvolvimento da criança, como está indo, como ela trabalha com a criança, como é o cuidado..., é uma idade crítica que a criança absorve tudo (...) (06).

(...) primeiríssima infância... um cuidado maior, uma visão maior..., desde a gestação até três anos (...) (17).

(...) a gente tem a primeiríssima infância para que a gente possa dar continuidade, para que isso possa funcionar de fato e não só no papel (12).

Os entrevistados evidenciaram a contribuição positiva de projetos, como o PPI, mas segundo eles, a pouca divulgação e a restrição de participantes atrapalham a efetivação das ações:

Sim, que a gente tinha mais cursos antigamente, sabe? A primeira infância funcionava bem melhor do que agora, não é? Aí vai ter isso, mas assim, avisa na última hora, só alguns vão, mas não está tendo esse apoio que tinha antigamente (...) (17).

(...) não é aberto para todo mundo, a primeiríssima infância, também, não tem muito conhecimento, não senti que foi divulgado, não é muito aberto, só tem algumas pessoas que vão (14).

Apoio da gestão: gestão de pessoas, recursos, educação e processo de trabalho

A falta de apoio da gestão é identificada como uma dificuldade por muitos profissionais, eles solicitaram apoio para o provimento de recursos humanos, materiais e estruturais, bem como apoio para planejamento, organização e avaliação dos serviços e programas. As equipes incompletas e a falta de estrutura física para a realização de grupos foram citadas por muitos entrevistados.

Principalmente, espaços para a gente trabalhar com as crianças, com as mães em grupos (...) (06).

Olha a gente consegue fazer isso a partir do momento em que a equipe está completa, se a equipe não está completa é meio impossível, porque aí a gente tem que cobrir o outro, né. Porque a unidade não pode ficar vazia, então acontecendo isso não conseguimos fazer a nossa área de abrangência, não conseguimos cobrir a área do outro, então fica tudo praticamente, cobrindo as emergências (...) (11).

A maioria referiu que o número insuficiente de profissionais aumenta a demanda e afasta a equipe das atividades que ampliam a clínica, como visita domiciliar, discussão de casos, apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), reunião de equipe, ações conjuntas, ações coletivas e intersetoriais. Além da equipe completa, os entrevistados disseram que essa precisa estar motivada e empenhada com uma gestão comprometida que defenda os mesmos objetivos e subsidie os quesitos para as práticas da CA na infância.

(...) profissionais..., que eles estejam também empenhados no tratamento, nesse trabalho em equipe multiprofissional, porque tem profissional que não aceita, que acredita que tem que ser centralizado em determinado profissional (...) (26).

A cogestão ou a gestão compartilhada foram citadas pelos profissionais como modelos de gestão que fortalecem a ampliação da clínica, pois configuram-se de forma mais horizontal e colaborativa, considerando a autonomia dos sujeitos na tomada de decisão:

É, apoio, por exemplo, é de a gestão discutir as coisas junto com a equipe, no sentido de que o território, ele é um território diferente do outro, então, às vezes, vem ações muito ah..., tem que fazer essa questão, mais de repente, a forma como vem não é, não atende as nossas necessidades (...) (13).

Uma entrevistada referiu que a gestão poderia potencializar a ampliação da clínica na infância se disponibilizasse uma equipe de apoio institucional.

Mais eu acho que falta um apoio institucional mesmo, uma equipe que dê um apoio institucional, que vá até a unidade, que faça essa questão da avaliação, do desempenho, das dificuldades, que faça “ponte” com a gestão, é (...) (10).

Apesar de citar o apoio institucional, as descrições de suas necessidades são compatíveis com as etapas de gestão de serviços de saúde e não com metodologia do apoio institucional. No entanto, entende-se que o apoio institucional também seria indicado para apoiar os processos de ampliação da clínica.

Os participantes apontaram o desafio de facilitar o acesso e ampliar o espaço na agenda de trabalho para operacionalizar CA, atribuindo ao fato o excesso de demanda e a falta de apoio da gestão.

A gente teria que ter um espaço na agenda, para estar... um espaço para estas crianças, porque hoje a gente, a criança sai da puericultura, simplesmente, ela fica abandonada, entre aspas, não é? (6).

Esta fala também representa a lacuna de acompanhamento das crianças maiores de 3 anos, pois estão preconizados retornos mais longos para esta faixa etária o que prejudica a continuidade do acompanhamento.

(...) a programação é trazer a cada 6 meses até os 3 anos e depois uma vez por ano até 5 anos, ... eu observo que depois que eles vão para a creche as mães já deixam um pouco de trazer... (30).

A falta de conhecimento específico sobre a CA na infância e a necessidade de capacitações foram identificadas em muitas falas e direcionadas como demanda da organização do processo de trabalho de responsabilidade da gestão. Abaixo descreve-se os diferentes sentidos identificados nas solicitações de apoio para a educação.

Sim, sinto uma necessidade de funcionários adequados e capacitações mesmo entendeu? Apoio da gestão, um suporte maior da gestão (21).

E eu acho que precisaria ter mais capacitação, mais cursos, coisas assim que a gente pudesse trazer para essas crianças, para poder fazer um trabalho melhor (3).

Alguns participantes esclareceram que, muitas vezes, os profissionais não são adequados, pois não estão dispostos à transformação das práticas. Outros apontaram a desmotivação como barreira para a ampliação da clínica e reforçaram a necessidade de o gestor desenvolver o papel de motivador da equipe.

Eu acho que a disponibilidade dos profissionais de estarem fazendo e de tentar mudar a forma de atendimento de uma forma mais tradicional, para esta questão mais ampliada, eu acho que esse é o maior facilitador (30).

Eu gostaria de ter um trabalho mais efetivo, gostaria de ter uma equipe bastante empenhada né, que tem mais afinidade, que tem realmente vontade de fazer (...) (06).

Os relatos acima trouxeram a necessidade de capacitação no sentido de mudança ideológica e de postura profissional, neste aspecto, reconheceu-se a contribuição da EPS enquanto potência para a transformação da prática.

No discurso citado abaixo a EPS foi realçada como uma ferramenta capaz de trabalhar questões relacionadas a motivação, ao comportamento e atitudes:

Estar trabalhando com uma educação permanente mesmo, sempre estar discutindo, para nunca perder isso, por que as vezes assim, em algum momento se perde, é um desafio, sempre trabalhar com a equipe isso (...) (13).

Outra necessidade encontrada foi em relação à retaguarda teórica e especializada como apoio para o acompanhamento da criança e sua família:

E trabalhar com o grupo técnico, uma coisa mais constante e não jogada (...) (10).

Capacitações eu acho muito importante..., porque quando tinha residentes era muito bom, dava para fazer várias atividades, dividir funções, agregar conhecimentos... a dificuldade é ter este apoio mesmo (...) (14).

Ainda neste aspecto, algumas falas destacaram o apoio matricial citando a contribuição do NASF e a facilidade em discutir casos com os profissionais de referência, evidenciando a relação entre equipes de referência e matricial.

Acredito que tendo uma enfermeira e um médico de referência a gente consegue discutir... vamos fazer visita, investigar, então eu acho que facilita (...) (03).

(...) tem as equipes de apoio do NASF... que sempre tem reuniões, a gente conversa, discute quando precisa (...) (22).

Uma facilidade é o apoio do NASF, com psicóloga, nutricionista (...) (24).

Os participantes também solicitaram apoio emocional e psicológico, pois se envolvem com muitos problemas familiares, diferentes realidades e apresentam dificuldades e desgaste emocional para lidarem com estas situações. Por exemplo, solicitaram apoio para alívio do estresse, com técnicas de relaxamento. Eles justificaram que precisam estar bem para conseguir oferecer uma atenção à saúde de qualidade.

Isso, é importante, é importante. Um psicólogo eu acho, para equipe também para dar esse apoio, esse tipo de profissional, para dar apoio para equipe, para poder oferecer um serviço bom, não é? Então a gente tem que estar bem emocionalmente, bem capacitado, para poder dar um trabalho melhor para comunidade (14).

Alguns relatos demonstraram que o adoecimento dos profissionais é gerado pela complexidade das situações e sobrecarga de trabalho:

(...) tem hora que a gente chega em casa chora, tem hora que você vem para o serviço chora, então é difícil, eu, eu falo para você eu tomo remédio para conseguir, sabe então é difícil não é fácil não, tem que ter apoio para os funcionários (17).

(...) a gente se vê na problemática da família, e separar isso é penoso (...) (09).

Poucos profissionais referiram não precisar de qualquer tipo de apoio, notou-se que estes profissionais são os mesmos que pautaram a descrição de suas atividades em relação à saúde da criança na clínica tradicional ou que disseram não conhecer o assunto.

(...) dentro do que eu estou entendendo, eu acredito que não, em questão de apoio não (...) (20).

Em suma constata-se que os profissionais solicitaram apoio, principalmente da gestão, para solucionar as questões que eles elencaram como desafios para CA na infância.

6 DISCUSSÃO

A CA na infância foi identificada por alguns dos profissionais entrevistados, nesta pesquisa, como práticas de saúde que ultrapassam as necessidades orgânicas. Campos (2007) evidencia a síntese de Amarante (1996) sobre as práticas em saúde:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico e exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (AMARANTE, 1996 *apud* CAMPOS, 2007).

Esta citação reforça os resultados encontrados nesta pesquisa e os princípios do SUS, sendo que a universalidade do acesso, integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde impulsionam a transformação dos modelos de atenção em saúde e de gestão, a fim de ampliar as práticas de cuidado para um arranjo que melhor corresponde a singularidade de cada sujeito (CAMPOS, 2008). O autor, em sua concepção, alerta ao fato que alterar o formato das organizações de saúde teria pouco impacto sem alterar de forma substantiva o modo fragmentado e desumanizado como o trabalho em saúde vem ocorrendo (FURLAN; AMARAL, 2008).

Os profissionais valorizaram o cuidado ampliado, considerando a criança em seu contexto geral, incluindo a família. Este olhar é compatível com o conceito de sujeito que o define como um ser biológico com uma subjetividade singular e complexa, mergulhado em um conjunto de relações sociais imersos na história e sociedade (CAMPOS, 2008).

A clínica da infância abarca peculiaridades, como o desafio de pensar que nem o tratamento e nem o sofrimento devem ser entendidos como da criança, portanto, 'se trata' da criança, de sua família e de seus entornos - professores, terapeutas, instituições e processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade (VICENTIN, 2006). Desta forma, torna-se insuficiente a prática clínica mediante apenas a dimensão biológica, esquecendo-se das dimensões subjetivas e sociais. Ressalta-se que em momento algum os esforços em incorporar saberes não biomédicos a prática clínica significa abrir mão destes recursos.

Neste aspecto, reforça-se a ampliação do objeto que, para Coelho (2008), é necessário alargar o escopo do trabalho clínico, pois a clínica em seu formato tradicional reduziu seu objeto a patologia e aos impactos biológicos provocados por ela, complementando ser imprescindível incluir os aspectos subjetivos e sociais.

Criança é movimento singular que encontra em seu caminho afetações de múltiplas práticas modelares e inúmeros saberes técnicos. Nenhum saber ou tratamento está acabado sem considerar o espaço da subjetividade, pois nele a criança tem a possibilidade de questionar e se expressar no mundo (VICENTIM, 2006).

A criança é um ser social e histórico, não representando somente um período de passagem para a vida adulta. São sujeitos ativos e construtores de sua infância e não apenas objetos passivos. A partir dos pressupostos da sociologia, a participação ativa da criança pode ser entendida ora resistindo, ora reinventando, ora imitando, ora aceitando etc. Elas são portadoras de diferença, da diversidade e da alteridade (ABRAMOWICZ; OLIVEIRA, 2010). As brincadeiras e os processos lúdicos ajudam a discutir o protagonismo infantil nos serviços de saúde e auxiliam o desenvolvimento e a ampliação da clínica (MOREIRA, MACEDO, 2009), no entanto, apenas um entrevistado citou esta prática na unidade de saúde e poucos valorizaram a participação e autonomia da criança durante os cuidados. Torna-se primordial olhar a criança considerando seu protagonismo e valorizando sua dimensão social e cultural.

Diante do exposto, entende-se a importante contribuição da CA na infância para o desenvolvimento infantil pleno, no entanto, durante as entrevistas constatou-se que alguns profissionais de nível médio não reconheceram sua própria contribuição para a clínica na infância, contrapondo Campos (2007) que afirma que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica. Este fato pode ser compreendido historicamente e culturalmente pela concepção de saúde como ausência de doença e é enfatizado pelo modelo médico-centrado que, conseqüentemente, pode produzir o entendimento que somente os médicos possuem o conhecimento clínico. Este modelo de assistência à saúde apresenta-se esgotado pelos limites de eficácia e de eficiência (CAMPOS, 2007).

A visão hegemônica também foi reproduzida pelos profissionais que descreveram uma prática clínica reduzida e pautada em ações protocolares de cunho especificamente biológico. Tradicionalmente, a abordagem da saúde da criança centra-se em aplicação de escalas de desenvolvimento infantil que apontam riscos e agravos, ou seja, identificam problemas já instalados, desta forma entende-se que a abordagem hegemônica é insuficiente e não compreende todos os fatores que constituem e influenciam o desenvolvimento infantil (CHIESA; VERÍSSIMO, 2009). Outro fato que reforça a visão biomédica são os próprios indicadores de saúde para o desenvolvimento infantil que avaliam somente aspectos relacionados à clínica tradicional (CASTRO et al., 2009).

O cuidado da CA se diferencia das práticas da clínica tradicional que se distancia da singularidade e pluralidade dos sujeitos em detrimento ao uso de protocolos e diretrizes clínicas, reduzindo o objeto de trabalho e a oferta de intervenções (CAMPOS et al., 2008).

Neste contexto, é necessária a superação do paradigma biomédico para que os profissionais de saúde possam entender e operar o processo de coprodução dos sujeitos e seu contexto. Por isso, recomenda-se rever a medicina, bem como as demais clínicas de enfermeiros, odontólogos, psicólogos, entre outras especialidades (COELHO, 2008).

Para alguns entrevistados, as discussões sobre as práticas de saúde voltadas para infância ultrapassam o contexto da ESF e atinge a clínica pediátrica. Considerando a adequação das propostas à saúde da criança, existem estudos que resgatam a especialidade de pediatria propondo uma prática clínica que considere a criança, a família e a comunidade como um conjunto contínuo. Esta definição é chamada de “pediatria contextual” e visa subsidiar o pediatra com conhecimentos e tecnologias que o permitam atuar sobre as necessidades da criança que extrapolam o corpo biológico (ALMEIDA, 2008).

Em 2006, Vicentin reconheceu uma ampliação da efetiva atenção integral à criança e ao adolescente pela recente adoção do Brasil a Convenção dos Direitos da Criança e Adolescente que, assim como na CA, prevê a priorização do trabalho em rede e intersetorial.

A valorização de outras dimensões do problema para além do biológico ressalta a consideração de uma ampliação do processo saúde doença, assim como uma percepção diferenciada do sujeito, seja ele individual ou coletivo, possibilitando aprofundar o conhecimento sobre as necessidades de saúde e, conseqüentemente, aumentar a resolutividade das demandas, pois reforça a relação da equipe com a comunidade (CAMPOS et al., 2008).

Os profissionais entrevistados citaram estratégias e abordagens que ampliam a concepção de saúde-doença, pois entendem a importância de conhecer a criança e suas relações no ambiente familiar, escolar, entre outros, propondo discussão de casos com a equipe multiprofissional, apoio dos profissionais do conselho tutelar e atendimentos compartilhados. Recomenda-se uma reformulação e ampliação do saber clínico com a incorporação de conceitos e de ferramentas provenientes da saúde mental, saúde coletiva, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que possibilitam aos trabalhadores compreender toda a complexidade do processo saúde e doença, abrangendo o social e o subjetivo (CAMPOS et al., 2008). Em 2006, Vicentin afirma ser importante construir junto às crianças ferramentas clínicas,

terapêuticas e sociais, incluindo o brincar, a fim de que esse movimento estimule a participação ativa da criança em seu processo de cuidado. A CA propõe o compartilhamento dos diagnósticos e terapêuticas, reconhecendo a complexidade e os limites da atuação profissional isolada (BRASIL, 2004). A discussão de casos foi citada diversas vezes pelos entrevistados como algo que potencializa a qualidade da clínica, porém não foram citadas construções de projetos terapêuticos singulares, evidenciando a falta de sistematização e reformulação dos meios e instrumentos de trabalho, além de não favorecer o protagonismo e a autonomia da criança.

Os profissionais entrevistados reconheceram a necessidade de encaminhar alguns usuários para especialidades ou outros níveis de atenção à saúde, no entanto, é necessário compreender a forma como estes encaminhamentos ocorrem. O encaminhamento às especialidades ou outros serviços não isenta a responsabilidade dos profissionais da ESF, pois são eles que realizam a coordenação de cuidado do usuário/família (COELHO, 2008).

Articular as demandas e o cuidado considerando os diversos saberes e tecnologias também apareceu nesta pesquisa como uma forma de corresponsabilização do trabalho em equipe e construção compartilhada de diagnósticos e planos de cuidados, inclusive com os indivíduos/famílias. Essa visão é mais uma diretriz preconizada pela CA, de acordo com a PNH, que estimula a condução de casos mediante diversas perspectivas profissionais que se completam com o estabelecimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e apoio matricial para os mais complexos (BRASIL, 2004).

Campos (2008) valorizou esta atitude e ressaltou a importância do trabalhador em promover o protagonismo do usuário na construção de sua própria saúde, no caso da infância incentivando os pais ou responsáveis.

Os participantes desta pesquisa foram ACS, enfermeiros, dentistas, médicos, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e estavam inseridos em um modelo de atenção à saúde que Chiesa e Veríssimo (2009) consideram privilegiado para intervenções do desenvolvimento infantil integral. A ESF favorece a ampliação da clínica, pois possui pressupostos e diretrizes compatíveis, como o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado, longitudinalidade, coordenação do cuidado, intersetorialidade, vínculo e acolhimento. Vicentim (2006) endossa esta concepção afirmando que não há outra forma de pensar cuidado em saúde na infância e adolescência que não seja necessariamente interdisciplinar e intersetorial.

Os próprios profissionais participantes consideraram sua inserção na ESF uma vantagem para a ampliação da clínica e destacaram a importância de compartilhar os casos com a equipe, de realizar as visitas domiciliares, de estabelecer vínculos com os familiares e acompanhá-los em todos os ciclos de vida.

O trabalho em equipe interdisciplinar é uma diretriz prioritária para a resolubilidade das ações de saúde de um território. Sabe-se que nenhum profissional conseguiria ter o acúmulo de conhecimento e habilidades práticas para suprir todas as necessidades de saúde de uma população. No contexto da ESF, a equipe inclui uma nova profissão, o ACS, que exerce principalmente a função de olhar a comunidade a partir da dimensão sociocultural e isso resulta em muitos incômodos para o restante da equipe, pois evidencia a necessidade de incorporar novas práticas para o manejo destas situações (CAMPOS et al., 2008). O ACS pode ser silenciado pela equipe por trazer algo difícil e situações complexas que são do campo da subjetividade, como relatado por Almeida (2008), indo de encontro com o que os participantes ressaltaram que é a necessidade de ter equipes completas e espaços para discussão de casos para minimizar esse tipo de desconforto.

De acordo com Campos et al. (2008), a equipe desenvolve o acompanhamento longitudinal durante os vários encontros entre trabalhadores e usuários/família, isto promove a construção de vínculo e aumenta a confiança, contribuindo para a aproximação das reais necessidades e com isso produz significados essenciais para a adesão e corresponsabilização do cuidado. Para que o vínculo seja positivo os usuários devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma potência para solucionar sua demanda, ao ponto que os profissionais precisam apostar que os usuários conseguirão participar do plano de superação de seus problemas, desta forma, evita-se o estabelecimento de relações paternalistas. As relações paternalistas são negativas, pois desresponsabilizam os usuários/famílias sobre sua própria saúde e sobrecarregam os trabalhadores com responsabilidades irreais (CAMPOS, 2007).

A proximidade com as redes familiares e sociais dos usuários facilita as intervenções, porém, sem eliminar sua complexidade (CAMPOS et al., 2008). A criança para crescer e pertencer ao mundo precisa ter assegurados os laços sociais em torno de si, estes apresentam proteção contra a vulnerabilidade e o risco social ampliando os compromissos coletivos (VICENTIM, 2006).

A visita domiciliar foi apontada por diversos profissionais participantes como um dispositivo de cuidado que favorece o estabelecimento do vínculo. No entanto, alguns discursos se distanciaram deste pressuposto, demonstrando a dificuldade em operacionalizar a CA e efetivar as transformações da prática em busca do cuidado integral e resolutivo, o que reproduz a clínica tradicional.

As consequências das práticas clínicas reduzidas são concretas: ineficácia clínica (não adesão), conflitos desnecessários entre trabalhador e pacientes, insatisfação, iatrogenias, estigmatização dos pacientes mais complexos, dificuldades de se trabalhar em equipe de forma sinérgica. A prática da CA deve ser mais horizontal, mais cooperativa e menos imperativa (GENIOLE et al., 2010).

Cinco aspectos para a ampliação da clínica são defendidos por Cunha e Dantas (2008):

1. Sensibilização dos profissionais de saúde em buscar nos encontros da clínica a permanente percepção de si mesmo imerso em diversas forças e afetos;
2. Disposição em buscar articulação para cada situação singular, saberes e tecnologias, lidando da melhor maneira com as ações excludentes e totalizantes de muitos destes saberes;
3. Negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, considerando as variáveis necessárias em cada momento;
4. Capacidade para lidar com a relativa incerteza e eventuais tristezas que estes desafios trazem;
5. Disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade de forma a contribuir com a realização dos aspectos anteriores.

Muitos são os desafios para qualificar a atenção à saúde, para tanto são necessárias condições materiais, infraestrutura e recursos humanos adequados (GENIOLE et al., 2010). Além do número adequado de profissionais é importante que eles estejam dispostos a sair da zona de conforto e encarar o desafio da ampliação da clínica.

Os profissionais entrevistados citaram as dificuldades em realizar a CA na infância mediante a privação de recursos de diversas naturezas, por exemplo, justificando a falta de espaço físico para trabalhar ações coletivas.

A clínica na saúde pública tem algumas características particulares, além de depender de profissionais com formação específica: médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros e depende principalmente do trabalho em equipe e da interação interdisciplinar (CAMPOS, 2007).

A falta de profissionais que compõem a equipe foi enfatizada como um problema para a operacionalização da CA na infância pela maioria dos profissionais. Uma equipe incompleta desqualifica o trabalho em equipe, a troca de saberes e gera acúmulo de funções. Por isso, torna-se difícil ampliar a clínica em equipes que estão desfalcadas.

Para Cunha (2004), a clínica e a gestão são indissociáveis, desse modo, a gestão é um dos campos que limita a transformação da clínica e essa condição foi percebida pelos participantes, uma vez que o compromisso da construção da clínica ampliada obriga a repensar os meios de gestão. Neste processo, a gestão compartilhada é a base para a ampliação da clínica, pois sua metodologia considera os sujeitos usuários, comunidades e trabalhadores como coprodutores dos processos saúde/doença/intervenção (FURLAN; AMARAL, 2008)

Outro dispositivo de gestão e cuidado citado foi o apoio institucional que compreende uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão na tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com o poder e com a troca de afetos (CAMPOS, 2007). Ressalta-se que este tipo de apoio é realizado por pessoas que não estão envolvidas diretamente com o processo de trabalho ou com a gestão, facilitando a intencionalidade da reflexão para o processo de transformação da prática.

Em 2008, Campos propõe especificamente para a gestão da agenda da saúde da criança a otimização dos recursos por meio da realização de grupos e divisão de tarefas com a equipe.

Os entrevistados não citaram processos sistematizados de educação continuada e educação permanente em saúde (EPS), evidenciando uma ineficiência na gestão do processo de trabalho destes serviços, no entanto, a todo momento sinalizaram a necessidade de transformação das práticas. Esta é uma fragilidade que precisa ser revista com prioridade, caso contrário será difícil modificar algum cenário ou comportamento sem este tipo de investimento.

A falta de profissionais capacitados para o exercício da CA de cunho generalista foi relatada por Campos et al. (2008). Alguns participantes esclareceram que muitas vezes os profissionais não são adequados, pois não estão dispostos à transformação das práticas. A EPS

foi salientada como estratégia potente de ensino em serviço, principalmente em relação à mudança de paradigmas.

Quando ampliamos o objeto de trabalho (sujeito) depara-se com situações que não são comuns a clínica tradicional e, desta forma, contribuem para o aumento da insegurança o que pode acarretar em desgaste emocional. O suporte para os profissionais de saúde é uma premissa da ampliação da clínica (CUNHA, 2004).

Existem outras particularidades da clínica da APS que podem gerar ansiedade, principalmente em profissionais despreparados, como o trabalho com adscrição da cliente e a impossibilidade de negar atendimento aos discordantes e a convivência com a incerteza, pois existe uma grande dificuldade em encaixar a complexa sintomatologia dos usuários nos quadros nosológicos da biomedicina (CUNHA, 2004).

Acredita-se que profissionais que incorporam além da racionalidade médica outras racionalidades estariam em melhores condições de superar os filtros da biomedicina e fazer a CA, tanto em função de um maior número de recursos terapêuticos quanto pela maior conveniência com a pluralidade de verdades em detrimento de uma única verdade (CUNHA, 2004).

Apontam-se as práticas integrativas como um caminho para a CA no sentido de ampliar o olhar integral e os recursos terapêuticos (CUNHA, 2004). Dentre elas, o autor destaca a Homeopatia e as práticas da Medicina Tradicional Chinesa, como a acupuntura, fitoterapia, massagens, meditação e meditação em movimento (Tai Chi Chuan, Liang Gong, Tchi Kung, Tao In, entres outros). No presente estudo não foram encontrados dados relativos à utilização de práticas integrativas como ações de cuidado voltadas para a infância, no entanto, os entrevistados fizeram referências a alguns projetos que trabalham com a CA.

Os Projetos PPI e Projeto Janelas visam oportunizar à promoção do desenvolvimento integral infantil, atuando de forma ampliada e promovendo um conjunto de relações experimentadas e apreendidas pela criança e por toda sua família em sua rotina familiar e social, incentivando a participação da família no desenvolvimento da criança (CASTRO et al., 2015).

O PPI foi citado com certa frequência pelos entrevistados quando questionados sobre CA na infância, inclusive, a maioria utilizou como sinônimo. No entanto, detectaram muitas fragilidades em sua execução, desta forma são necessários investimentos, pois evidenciou-se

que os programas não atingem todos os profissionais e serviços de saúde, além disso, trabalham com ações fragmentadas que apresentam dificuldades para serem construídas, avaliadas e reconstruídas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de análise das entrevistas dos profissionais de saúde sobre CA na infância reconheceu-se a contribuição positiva que o cenário da ESF proporciona para a ampliação e qualidade da clínica, principalmente, por atuar com os princípios da integralidade do cuidado, trabalho em equipe, visita domiciliar e intersetorialidade. Neste ponto, é importante destacar que, apesar dos avanços da cobertura de ESF, ainda, se está muito distante de uma porcentagem realmente expressiva, o que dificulta, vertiginosamente, a melhora dos indicadores de saúde, pois os resultados apresentam-se diluídos entre os resultados da clínica tradicional.

Constatou-se que a ampliação da clínica se apresenta como algo inerente aos profissionais de saúde da ESF, provavelmente provocada pela heterogeneidade das necessidades de saúde da população e pela própria organização do modelo de atenção em saúde. Afinal, mesmo os profissionais que disseram não conhecer a CA na infância relataram aspectos da CA em seu próprio processo de trabalho. Os profissionais estudados descreveram diretrizes muito semelhantes ao que a literatura relata sobre CA, podendo ser destacado o vínculo, autonomia e corresponsabilização da família, trabalho em equipe e compartilhamento de diagnósticos e terapêuticas. No entanto, outros elementos operacionais e dispositivos de cuidado e gestão foram pouco explorados, dentre eles destaca-se a educação permanente em saúde, o apoio matricial e apoio institucional. O protagonismo da criança enquanto potência de ampliação da clínica e singularização do cuidado também se mostrou praticamente inexistente, o processo de brincar que poderia valorizar a criança enquanto sujeito participativo foi representado por um participante que esclareceu utilizá-lo de forma recreativa.

Os desafios de fazer a CA na infância foram relatados pelos participantes do estudo, dentre os principais motivos destaca-se a dificuldade em transpor o paradigma biomédico, a falta de formação profissional específica, a desmotivação profissional, a falta de corresponsabilização familiar, o processo de gestão inadequado e insuficiente em recursos humanos, materiais e estruturais. É essencial enfrentar estes desafios para que de fato se estabeleçam condições favoráveis a CA na infância. Acredita-se que o caminho para a superação esteja em intensificar o protagonismo infantil com o desenvolvimento de competências, ferramentas clínicas e de gestão que reconheçam a singularidade e autonomia da criança. Incentivar o fortalecimento das tecnologias relacionais, dos dispositivos de gestão da clínica, da EPS e a valorização do trabalhador de saúde. Diante do exposto neste estudo, foi possível perceber que a incorporação da ampliação da clínica pressupõe trabalhar com a

subjetividade e singularidade dos usuários e que estes aspectos requerem atenção especial, pois sua complexidade pode trazer inseguranças e sofrimento ao trabalhador de saúde.

Nos últimos anos houve avanços na criação de políticas públicas que buscassem o desenvolvimento infantil integral, entretanto, a criança ainda não é considerada sujeito ativo nesta construção. Além disso, entende-se que somente a promulgação de uma política não é suficiente para modificar o modo de produzir saúde e gestão do cuidado. Desta forma, espera-se que a recente PNAISC fortaleça os cuidados oferecidos às crianças a partir seu protagonismo na perspectiva da CA. Propõem-se a elaboração de novos indicadores de saúde do desenvolvimento infantil que representem a ampliação da clínica, pois atualmente eles reforçam a clínica biomédica o que estimula os profissionais a reproduzir este modelo.

Para o contexto do SUS, propõem-se o fortalecimento da Política de Práticas Integrativas que estimulem a ampliação do olhar para a criança, considerando as dimensões biológicas, sociais e culturais. Outro aspecto positivo é a participação em projetos de desenvolvimento infantil voltados para a CA e o cuidado integral, no entanto, notou-se que eles necessitam capilarizar suas ações e conhecimentos por toda rede de saúde, assim como acompanhar e avaliar a continuidade das intervenções.

Para finalizar, pode-se afirmar que investir em desenvolvimento integral infantil constitui-se em uma estratégia fundamental para melhorar o desenvolvimento da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

- _____. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Atenção Básica. **Manual de Normas e Rotinas para as Unidades de Saúde da Família**. São Carlos, 2007.
- ABRAMOWICZ, A.; OLIVEIRA, F. A Sociologia da Infância no Brasil: uma área em construção. **Educação**, v. 35, n. 1, p. 35-39, Santa Maria, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacao>>. Acesso em: 30 mai. 2016.
- AGNES, N.R.; ROMIO, C.M.; ZUCHETTO, G; DIAS, H.Z.J. Conceitos Winnicottianos integrados na clínica ampliada: um olhar sobre o tratamento do transtorno mental grave na infância. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, v.13, n.3, p. 977-989, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8602>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- ALMEIDA, P.V.B. Atenção Primária à Criança e ao Adolescente do Século XXI: Análise de Situação e perspectivas. In: CAMPOS, S.W.S. et al. (org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 346-367p.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARAL, J. J. F.; PAIXÃO. A. C. **Atenção Básica à Saúde da Criança**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde, 2005. 38p.
- ANDRADE, LBP. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 193 p. ISBN 978-85-7983-085-3.
- AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p, 16-29, 2004.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 226p.
- BERGMANN C.K.; DRUGG C.V.; SILVA G.M.; et al. A experiência do Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 15, n, 1, p.49-58, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. . – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

_____. PORTARIA Nº 2.488/GM DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município de São Carlos/SP. **Competência: janeiro a dezembro de 2015, 2015a**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 28 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 18 dez. 2015.

CAETANO, C.L.C.; SCISLESKI, A.C.C. Acompanhamento terapêutico: um dispositivo de desafios. **Psicologia Argumento**, v.32, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=14867&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em 10 dez. 2015.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, S.W.S. et al (org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p.

CAMPOS, W.S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. CAMPOS, S.W.S. et al. (org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132-153.

CAPOZZOLO, A.A.; CAMPOS, G. W. S. No olho do furacão. Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 9, p. 62-63, 2010. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/85>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

CASTRO, D.F.A. et al. Promoção do desenvolvimento infantil, um olhar do projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidades. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p.30-36, 2015.

CAVALCANTE, L.P.F. **Consulta de Enfermagem – Uma prática educativa e articuladora da unidade entre a teoria e a prática**. 1997.162f. Dissertação (Metodologia de Ensino) Centro de Educação e Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, 1997.

CHIAPIN G.; COLOSSI R. O Primeira Infância Melhor como modelo de acolhimento na atenção básica em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p 59-66, 2015.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M. L.R. A Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a promoção da Saúde da Criança. In: CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. (Orgs). **Promoção da Saúde da Criança a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas da Oportunidades**. São Paulo: EEUSP, 2009. p. 75-93p.

COELHO, I.B. Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: Os modelos Assistenciais em Saúde. CAMPOS, S.W.S. et al. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 96-131.

CUNHA, G. T. **Construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004.150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

CUNHA, G.T.; DANTAS D.V. Uma Contribuição para a Co-Gestão da Clínica: Grupos Balint-Paidéia. CAMPOS, S.W.S. et al. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 34-60.

DAHBERG, G.; MOSS, P.; PENCE, A. **Qualidade na educação da primeira infância: perspectivas pós-modernas**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

DINIZ, D.R. Implantação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância no Município de Itatiba. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p. 23-29, 2015.

FMCSV. **Programa Primeiríssima Infância**, 2013. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/programa-primeirissimainfancia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em 10 nov. 2015.

FRACOLLI, L.A.; GRANJA, G.; CHIESA, A.M. Programa de Saúde da Família: possibilidades e limites para a construção de novas tecnologias em saúde. In: CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. (Orgs). **Promoção da Saúde da Criança a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas da Oportunidades**. São Paulo: EEUSP, 2009. P. 61-74.

FURLAN, P.G.; AMARAL M.A. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à Formação de Profissionais da Atenção Básica em Saúde: Metodologia e Resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. CAMPOS, S.W.S. et al. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 15-29.

GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C.C. A.; et al. **A Clínica Ampliada no contexto da Atenção Primária em Saúde**. Módulo Optativo 10. Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Mato Grosso do Sul. ED UFMS, 2010. 167p. Disponível em: <<http://saudedafamilia.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=634>> Acesso em: 20 de jan. 2014.

MINAYO, M.C.S. (org.); ASSIS, S.G.; SOUZA E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012.

MOREIRA, M.C.N.; MACEDO, A.D. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. **Ciência saúde coletiva**, v.14, n.2, p.645-652; 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 dez.15.

PENELLO, L. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p. 67-76, 2015.

PLUCIENNIK, G.A. Programa Primeiríssima Infância: a experiência da atuação integrada entre as pastas de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p. 14-22, 2015.

PRIORE, M. et al. Caminhos da História. In: PRIORE, M. et al (Orgs). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1991. 116 p. Disponível em: <http://cdn-02.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Mary_Del_Priore_-_Historia_da_Crianca_no_Brasil.pdf>. Acesso em 26 jul.2014.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, C.O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Unidades de Conteúdo. Especialização em Saúde da Família. UnA-SUS/UNIFESP-PAB7.** São Paulo, 2015. 20p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em 20 jan.2016.

SCHLITTLER, A. C. B.; CERON M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial.** Unidades de Conteúdo. Especialização em Saúde da Família. UnA-SUS/UNIFESP-ESF3. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade11/unidade11.pdf>. Acesso em 20 jan. 2014.

SCHNEIDER, A.; FRUTUOSO, J.; CATANELI, R. A primeira infância e a atuação do CONASS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.16, n.1, p. 06-13, 2015.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em 20 jan. 2015.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. **O Trabalho em Equipe no PSF: Investigando a articulação técnica e interação entre os profissionais.** Dossiê. Salvador, 1999.

SOUZA, A. S. **O significado da infância:** resumo do texto de Miguel Gonzalez Arroyo. Netsaber, 2014. Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_12596/artigo_sobre_o-significado-da-infancia>. Acesso em 20/12/2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 29 jul. 2014.

VIEIRA, A.C.D.; ZORNIG, S.M.A. Ambiente violento, infância perdida? **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v.18 n.1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142015000100088&script=sci_arttext>. Acesso em 11 dez. 2015.

VICENTIM, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n.1, p. 10-17, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA.

Data: ___/___/___.

Idade: _____.

Categoria profissional: _____.

Tempo de formado: _____.

Formação: _____.

Tempo de trabalho em saúde da família: _____.

Questões norteadoras

Você já ouviu falar sobre clínica ampliada? Como você explicaria o que é? Para que serve?

Gostaria que você descrevesse sua prática clínica (cuidado) na infância no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Você identifica/percebe ações em sua atuação ou em sua equipe de trabalho que poderiam ser da Clínica Ampliada na Infância?

O que você considera como facilitador para a prática da Clínica Ampliada na Infância? E quais os principais desafios?

Você sente a necessidade de algum apoio para o desenvolvimento da Clínica Ampliada na Infância? Se sim, utiliza algum? Qual seria?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Você está sendo convidado a participar do estudo “**A Clínica Ampliada na infância: percepção das equipes de Unidades de Saúde da Família, do município de São Carlos/SP**”. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção das equipes da Estratégia de Saúde da Família em relação à clínica ampliada na infância. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação neste estudo consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada para elucidar sua percepção em relação ao tema Clínica Ampliada na infância. Se você julgar que precisa de mais informações acerca da realização da pesquisa, terá a garantia de que será esclarecido a qualquer momento.

Quanto aos riscos relacionados à sua participação, você poderá se sentir constrangido, incomodado ou desconfortável em responder algumas questões sobre a temática e poderá julgar alguma questão impertinente. Caso isso seja observado ou você não se sinta à vontade com alguma questão ou situação, a entrevista será imediatamente interrompida e suas respostas descartadas. Você não será submetido a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica. Sobre os benefícios, acreditamos que os resultados poderão servir para conhecer o atendimento ofertado à criança em unidades de saúde da família e promover a qualificação da atenção à saúde da criança e produção de novos conhecimentos, na busca da integralidade do cuidado.

As informações obtidas com sua participação serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a sua identificação. Você não terá despesas pessoais e compensações financeiras relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelos pesquisadores.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa. O principal investigador é Diana Carla Romano, que pode ser encontrada na USF Jardim São Carlos (Rua: Treze de Maio, 1173 – Centro), telefone (16) 3371-5259 ou (16) 99962-3583. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar – Via Washington Luiz SP-310, Km. 235 - Caixa Postal 676, Telefone: (16) 3351-9683 – E-mail: cephumanos@ufscar.br.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Diana Carla Romano
Rodovia Washington Luiz, Km. 235
Tel: (16) 3415-6177 ou (16) 99962-3583

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. São Carlos, ____/____/____

Assinatura do participante.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS-SP.



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua São Joaquim, 1233 – São Carlos-SP
CEP: 13560-300– Fone (16) 3419-1267

PARECER Nº 08/2015

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: *“Clínica Ampliada na infância: a percepção das equipes de Unidades de Saúde da Família, do município de São Carlos/SP”*; a ser desenvolvido pela Enfermeira Diana Carla Romano; aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim e co-orientação da Prof^ª. Maristela Carbol, tendo como objetivo geral conhecer a percepção das equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre clínica ampliada na infância.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, visto que o estudo prevê a realização de entrevista semi-estruturada; vale ressaltar o risco de desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos da pesquisa, em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento, bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se percebam riscos ou danos à sua pessoa, não previstos no TCLE.

A pesquisadora deve garantir sigilo das informações colhidas, de modo a não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa mantendo uma relação empática e respeitosa, explicitando os objetivos e finalidade desta pesquisa.

O produto das entrevistas deverá ser única e exclusivamente utilizado para o presente projeto, para fins estatísticos, científicos ou didáticos sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será junto aos profissionais das USF da ARES Aracy, caso haja necessidade de utilização dos espaços das Unidades afetas ao DGCA para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa, assim como as entrevistas, deverão ser realizados pela pesquisadora sem qualquer ônus para o serviço;
- A pesquisadora deverá se apresentar à gestão das equipes portando cópia deste parecer;
- O projeto só poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos, e após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 13 de Fevereiro de 2015.

Michelle Merim Líbero

Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP

Via pesquisadora

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÈTICA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A Clínica Ampliada na infância: percepção das equipes de Saúde da Família, no município de São Carlos/SP. **Pesquisador:** Diana Carla Romano **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 43159515.9.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.034.318

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil é considerado um marco na luta contra o modelo flexneriano, marcado pela assistência médica curativa e pelo entendimento de saúde como ausência de doença. A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe a clínica ampliada como um instrumento capaz de qualificar o modo de fazer saúde e considerar outros aspectos do Sujeito. Objetivo é conhecer a percepção dos membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família sobre clínica ampliada na infância. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A população deste estudo será constituída pelos membros das equipes das Unidades de Saúde da Família da Administração Regionais de Saúde

Cidade Aracy. Pretende-se utilizar um questionário estruturado para coleta de informações que caracterize os participantes e um roteiro de entrevista semiestruturado. Para a análise dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo temática. Espera-se que este estudo possibilite a identificação dos aspectos relacionados ao cuidado que contribuem para a ampliação da clínica na perspectiva do cuidado integral à criança e seu desenvolvimento global.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem o objetivo de conhecer a percepção dos membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família sobre clínica ampliada na infância.

Objetivo Secundário:

Conhecer os aspectos da clínica que ampliam o processo saúde doença; identificar na perspectiva do profissional como se dá o compartilhamento dos diagnósticos e terapêuticas; compreender o processo de ampliar o objeto de trabalho; identificar os instrumentos de trabalho que contribuem para a ampliação da clínica; conhecer os suportes (ou a necessidade de suporte?) oferecidos aos profissionais que trabalham com clínica ampliada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 24 de Abril de 2015

Assinado por:

Ricardo Carneiro Borra

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br