

Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde*

Caring for children in Basic Health Care (BHC): attitudes of health professionals

El cuidado de niños en el Cuidado Médico Básico (CMB):
actitudes de los profesionales de salud

Alacoque Lorenzini Erdmann**
Francisca Georgina Macêdo de Sousa***

RESUMO: Na Atenção à Saúde da Criança a atual proposta dirige-se para o contexto da integralidade do cuidado revestindo-se como importante estratégia para o reconhecimento da criança como sujeito de direitos. Resume-se, portanto, no desafio de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial. A partir desta perspectiva questionou-se: *Que significados os profissionais atribuem às atitudes necessárias para cuidar da criança na ABS?* Foi definido como objetivo compreender o cuidado a partir dos significados que profissionais atribuem às atitudes que têm assumido para cuidar da criança na ABS. Utilizou-se da Grounded Theory como recurso metodológico para a coleta e análise dos dados. Gestores, enfermeiros, médicos do PSF e mães de crianças em um total de 29 foram os sujeitos do estudo organizados a partir da amostragem teórica em cinco grupos amostrais. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas em encontros individuais com os participantes. Apresenta-se como resultado a categoria Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança delimitada pelas subcategorias: Lidando com a Dimensão Subjetiva, Valorizando a Escuta e o Diálogo, Construindo Laços de Confiança, Estabelecendo Vínculo com a Família e a Criança, Responsabilizando-se pelo Outro, Exercendo Alteridade, Utilizando a Criatividade no Cuidado. É uma categoria que se caracteriza pela forma como os profissionais se relacionam com os outros e com o contexto, pelos valores nos quais acreditam e pela capacidade de articular conhecimento, sensibilidade e criatividade. Configurando-se como dimensão ampliada do cuidado e das necessidades da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da criança. Atenção primária à saúde. Atitude do pessoal de saúde.

ABSTRACT: The perspective for Children Health Care is currently aimed at the context of completeness of care as an important strategy for the recognition of children as subjects having rights. It is therefore summed up as a challenge to make children grow and to develop in all with their potential. From this perspective, we asked: *What meanings do professionals assign to the attitudes necessary for children care in Basic Health Care?* The objective was understanding care from the meanings professionals assign to the attitudes they have when they care for children in BHC. We used the Grounded Theory as a methodological resource for collecting and analyzing data. Managers, nurses, doctors of BHC and mothers of children, in a total of 29 subjects, were research subjects, organized for the study, from the theoretical sampling, in five groups. Data were collected by means of semi-structured interviews carried through in individual meetings with the participants. As a result, we obtained the category Incorporating Mediating Attitudes To Care for Children, delimited by the subcategories: Dealing with the Subjective Dimension, Valuing Listening and Dialog, Constructing Reliance Bonds, Establishing Bonds with the Family and Children, Being Responsible for the Other, Practicing Alterity, Using Creativity in Care. It is a category characterized by the way professionals relate to others and with the context, by the values in which they believe and the capacity to articulate knowledge, sensitivity and creativity, configured as an extended dimension of care and children's necessities.

KEYWORDS: Child health (public health). Primary health care. Attitude of health personnel.

RESUMEN: La perspectiva del cuidado médico de los niños actualmente se dirige al contexto del cuidado integral como estrategia importante para el reconocimiento de los niños como sujetos de derechos. Eso se traduce en un desafío para hacer que los niños crezcan y de desarrollen en todo su potencial. De esta perspectiva, preguntamos: *¿Qué significados los profesionales asignan a las actitudes necesarias para el cuidado de los niños en el cuidado médico básico?* El objetivo fue comprender el cuidado a partir de los significados que los profesionales asignan a las actitudes que tienen cuando cuidan de los niños en el CMB. Utilizamos la Grounded Theory como recurso metodológico para recoger y analizar datos. Los encargados, las enfermeras, los doctores del CMB y las madres de niños, en un total de 29 sujetos, fueron los sujetos de investigación, organizados para el estudio, según los principios teóricos, en cinco grupos. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas ejecutadas en reuniones individuales con los participantes. Como resultados, se obtuvo la categoría Incorporación de actitudes de mediación respecto al cuidado para los niños, delimitada por las subcategorías: Se Ocupar de la dimensión subjetiva, Valorar el escuchar y el diálogo, Construye relaciones de confianza, Establecer relaciones con la familia y los niños, Ser responsable del otro, Practicar la alteridad, Usar creatividad en el cuidado. Es una categoría caracterizada por la manera de los profesionales se relacionaren con los otros y con el contexto, por los valores en los cuales creen y la capacidad de articular conocimiento, sensibilidad y creatividad, configurados como dimensión extendida del cuidado y de las necesidades de los niños.

PALABRAS LLAVE: Salud del niño. Atención primaria de salud. Actitud del Personal de Salud.

* Artigo derivado da Tese de Doutorado intitulada "Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade" defendida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da UFSC. Pesquisadora 1 A do CNPq, Orientadora da Tese.
E-mail: alacoque@newsite.com.br

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão.

Contextualizando o cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde: algumas considerações

No sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como política de Saúde Materno-Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em permanente desenvolvimento foi resultado de um longo processo que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias, alcançando as políticas públicas¹, que permitiram a adoção de práticas e condutas para esse processo de mudanças. Essas práticas referiram-se à assistência, à saúde e à educação, ao validarem, como opção ao enfrentamento da questão social da criança, a adoção de um caráter universal, obrigatório e de responsabilidade do Estado com a população infantil¹. A atenção à saúde da criança representa, para Samico et al², um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Nesse contexto, as autoras enfatizam que os cuidados básicos em saúde apresentam relevância como possibilidade para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população infantil.

Na década de 80, em uma ação coordenada entre o governo federal, as secretarias estaduais e municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, foi elaborado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), por meio de cinco ações básicas: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o desmame, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento³. Com esse programa, o Ministério da Saúde (MS) marcou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede

de serviços básicos, utilizando a estratégia da assistência integral. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento foi o eixo integrador das práticas assistenciais à criança por meio da sistematização de retornos ao serviço de saúde⁴.

Em 1986, ampliaram-se investimentos na saúde para promover a organização da atenção primária nos municípios brasileiros. Para tanto, o MS definiu o PACS e o PSF como potencializadores para a vigilância da saúde infantil, com destaque para a disseminação do Cartão da Criança, como instrumento do monitoramento do crescimento e do desenvolvimento. As políticas de saúde, na área da criança, a partir das décadas de 80 e 90, desenvolveram programas buscando oferecer atendimento mais qualitativo e efetivo à criança. Dentre eles, destacam-se o PAISC, o PSF, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Projeto Acolhimento mãe e bebê, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e mais recentemente a estratégia AIDPI.

Apesar dos esforços e avanços alcançados, alguns indicadores de saúde da criança, como, por exemplo, mortalidade infantil, ainda apontam para problemas que precisam de ações/práticas/intervenções na tentativa de revertê-los e/ou melhorá-los. Com o objetivo de modificar essa realidade, o Ministério da Saúde³ lançou e divulgou, em julho de 2004, a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, definindo ações profissionais, tendo como foco a criança nos vários espaços de atenção (unidade de saúde, domicílio, creches, escolas, hospitais). Nessa perspectiva, a criança poderá ser beneficiada integralmente por uma equipe interdisciplinar que compreenda todas as suas necessidades e direitos como

indivíduo⁵. É marcada uma diretriz política para consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isso a estratégia da assistência integral por meio de atividades de baixa complexidade e de baixos custos.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde – OMS⁵, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde da Criança, e para a organização da assistência, aponta como estratégia as Linhas de Cuidado. Coloca-se, assim, como possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e a possibilidade para o cuidado integral.

Nessa perspectiva, a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três principais eixos, que compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição, como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender a integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas⁵. Desse modo, a Atenção à Saúde da Criança representa um marco, ao propor o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado, e a sua adoção mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos da criança. São condições que convergem para a integralidade do cuidado, com-

preendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência a agravos como objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança. Resume-se, portanto, no desafio de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial.

Sob esta perspectiva questiona-se: *Que significados os profissionais atribuem às atitudes necessárias para cuidar da criança na ABS?*

Objetiva-se, assim, compreender o cuidado a partir dos significados que profissionais atribuem às atitudes que têm assumido para cuidar da criança na ABS.

Para responder ao questionamento e objetivo do estudo, selecionamos os pressupostos da pesquisa qualitativa e da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como caminho metodológico. Compreende-se que a TFD é um método de análise qualitativa de dados, particularmente sensível a contextos e capaz de permitir a compreensão de situações ou fenômenos sociais. A TFD baseia-se na premissa da compreensão do fenômeno social, desenvolvida em íntima relação com os dados, sendo o próprio pesquisador um instrumento para o desenvolvimento do trabalho teórico⁶. A TFD caracteriza-se como um processo de análise comparativa constante, em que o investigador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para compreender o evento estudado^{6,7,8,9,10,11}. As etapas ou o processo de análise na TDF desenvolvem-se a partir da codificação aberta, axial e seletiva, tendo como recursos para apoiar a análise os diagramas e memorandos.

A coleta de dados foi iniciada após encaminhamento e obediência a todos os aparatos éticos e

institucionais que envolvem a pesquisa com seres humanos. Nesse sentido, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do HU-UFMA e aprovado sob o registro no CEP de número 254/06 e processo n. 33104-850/2006. A coleta dos dados foi posterior aos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo pela pesquisadora, e da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes.

A pesquisa foi desenvolvida no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, envolvendo profissionais da Atenção Básica de Saúde, os quais desenvolviam suas atividades no Programa Saúde da Família (PSF), gestores municipais e estaduais e mães de crianças atendidas pelo PSF. De acordo com as características metodológicas da TFD, não há definição prévia do número de sujeitos. O processo de coleta e análise dos dados foi guiado pela amostragem teórica, que consistiu em decidir quais dados coletar e onde encontrá-los. Significou escolher locais e pessoas, o que nos permitiu desenvolver os conceitos na proporção que estes iam sendo construídos. Dessa maneira, a amostragem consolidou-se a partir da combinação de conceitos aliados à sensibilidade da investigadora para perceber as lacunas que ainda necessitavam ser consideradas para compreensão do objeto investigado. Participaram do estudo 29 sujeitos, organizados em cinco grupos amostrais. Para manter o critério ético do sigilo, foram atribuídos codinomes aos participantes do estudo. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em encontros individuais com os participantes. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas pela própria investigadora logo após terem sido realizadas.

Apresentando a categoria: Incorporando atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança

A compreensão do cuidado à criança na ABS foi construída a partir das experiências vivenciadas pelos profissionais, gestores e mães e dos significados por eles atribuídos às atitudes necessárias para cuidar da criança na perspectiva da integralidade. As vivências e significados permitiram desenvolver conceitos em categorias e subcategorias dinamicamente interligadas. Para este artigo, foi realizado um recorte a partir dos resultados da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Portanto, será apresentada e discutida uma única categoria (conceito) - *Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança* - do total de seis construídas na referida investigação. *Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança* é um conceito que envolve domínio do aparato técnico-científico associado àquilo que Merhy¹² denomina de tecnologias leves construídas nos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, nas relações entre o profissional, a criança, a família e a comunidade, entre profissional, equipe e profissional, equipe e instituição. Significa aliar ao processo de cuidar o conhecimento científico e tecnológico e o conhecimento de natureza humanística e social, capazes de desenvolver projetos terapêuticos singulares, o que permite afirmar que o cuidar envolve o contato com o outro e as relações entre as pessoas.

Incorporando Atitudes Mediadoras para Cuidar da Criança foi delimitada pelas seguintes subcategorias: Lidando com a Dimensão Subjetiva, Valorizando a Escuta e o Diálogo,

Construindo Laços de Confiança, Estabelecendo Vínculo com a Família e a Criança, Responsabilizando-se pelo Outro, Exercendo Alteridade, Utilizando a Criatividade no Cuidado. É uma categoria que se caracteriza pela forma como os profissionais se relacionam com os outros e com o contexto, pelos valores nos quais acreditam e pela capacidade de articular conhecimento, sensibilidade e criatividade. Configura-se como dimensão ampliada do cuidado e das necessidades da criança; significa lidar com o saber, com a ação instrumental e as ferramentas leves no cuidado em saúde reconhecendo que, às vezes, uma e outra prevalecem dependendo das necessidades que se colocam no cuidar; é colocar-se do lado do outro *Lidando com a dimensão subjetiva* no cuidado à criança. Essa dimensão subjetiva do cuidado caracteriza-se pela produção de novos saberes que se define pela arte de exercitar a sensibilidade e a valorização da condição humana. *Lidando com a dimensão subjetiva* no cuidado à criança é reconhecer que o cuidado é subjetivo, intuitivo, sensível e se materializa no espaço das relações entre os sujeitos envolvidos¹³. Os participantes da investigação falaram que:

Cuidar da criança exige que nós, enfermeiros, médicos, auxiliares, os agentes de saúde e todos os outros (...) pensar em um cuidado mais relacionado com as coisas mais subjetivas. (Célia).

O cuidado à criança é a soma da capacidade, do conhecimento científico e mais ainda dos valores pessoais e de respeito com o ser humano. (...) é uma coisa de amor, de sentimentos internos, de respeito, de responsabilidade. (Claudia).

Na medicina, quando era estudante, era comum aquele aluno mais sensível, gentil, essas

coisas do pessoal, ter sua vida profissional definida como bom pediatra. Então isso significa que para trabalhar com criança exige essas coisas, que às vezes pode não ser características de outras especialidades. (Darci).

Lidando com a dimensão subjetiva deve orientar para ouvir, compreender e cuidar com sensibilidade, desdobrando o modo de fazer/agir/atuar/intervir na perspectiva de diminuir as relações de dominação que, na maioria das vezes, se estabelecem entre profissionais, mães e famílias. É colocar-se do lado *Valorizando a escuta e o diálogo*. Os modos de encontro entre profissional, criança e família, e a dimensão cuidadora e relacional determinam a escuta como atitude desejada e buscada tanto pelos profissionais como pelas mães investigadas:

Quando estou com a mãe ou outro cuidador, com a criança, eu procuro saber ouvir... ouvir é uma habilidade que deve ser trabalhada. Saber observar, estar atento para além daquilo que é visível e pra isso eu preciso observar a fala, os gestos, os aspectos da linguagem não verbal que muitas vezes são mais importantes do que aquilo que é falado, que é dito. (Camila).

(...) sinto necessidade de fazer diferente associando ao meu conhecimento médico outras coisas como o respeito pelo outro, a escuta... sabe? um fazer diferente. Procurar estar mais atento àquilo que os pacientes falam, principalmente quando é criança. Prestar atenção ao que a mãe diz, (...) saber perguntar, porque nós trabalhamos com a intimidade das pessoas (...) e isso é muito difícil. (Diana).

O que mais me agrada é chegar na sala do médico e ele deixar eu falar o que meu filho sente e não ir chegando e ele ir logo

passando o remédio. Porque tem médico que vai logo passando o remédio e não deixa a gente falar (...) fica assim de cabeça baixa, não olha pra gente. Tem vez que eu acho que eles não escutam o que a gente diz. A gente fala uma coisa e eles não dizem nada. Eu gosto de falar tudo o que eu estou sentindo pra ele escutar, pra depois passar o remédio. (Emília).

(...) uma das práticas mais difícil é ouvir, saber ouvir. Para mim também foi e continua sendo, mas tenho tentado, tenho me esforçado. Hoje já sou capaz de não interromper uma conversa quando estou com a mãe para atender o celular, sou capaz de ficar mais ligada ali no que está à minha frente. Isso não é fácil, isso tem sido uma conquista diária, minuto a minuto, de 3 anos para cá. (Claudia).

(...) na consulta o doutor devia perguntar: e aí como vai? E você mãe como vai? Eu acho isso importante não é? Às vezes o filho da gente tá bem, mas a gente que é mãe não. Tem dias que eu só cuido mesmo da casa e dos filhos porque é o jeito. Então quando eles perguntam também da gente é bom não é? Eles se interessam assim (...) saber como é que a gente vai. (Eliana).

Valorizando a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas e representa manifestação de interesse do profissional capaz de estimular a narrativa materna das suas dificuldades e fortalezas no cuidado à criança. Pressupõe atitude de interesse e de disponibilidade permeado pelo olhar e pelo observar para ver o outro na sua singularidade. *Valorizando a escuta e o diálogo* são atitudes que revelam a disposição de perceber, conhecer e compreen-

der o outro nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias, nas suas fragilidades, mas, sobretudo naquilo que ele traz de melhor e de maior, que são as fortalezas entendidas aqui como habilidades para o cuidar e para o cuidado da criança. Esse aspecto reveste-se como fundamental no cuidado, pois compreendemos que cuidar da criança é sempre uma ação cooperativa e articulada entre profissional, mãe e família. *Valorizando a escuta e o diálogo* pode ser traduzido como atitude de respeito enquanto que o contrário representa “atitude de arrogância, é ignorá-la, é não desejar conhecê-la, é desconsiderá-la”¹⁴. A ausência do olhar, da escuta e do diálogo implica a qualidade do encontro e a continuidade do atendimento como verbalizado por uma das mães:

(...) um médico ou uma enfermeira tratando a gente bem toda vez que a gente precisar a primeira pessoa que a gente pensa em procurar são essas pessoas, não é? Mas se ele trata mal ou não fala direito, não presta atenção o que a gente fala não dá pra voltar né, a gente vai é procurar outro. Eu sou assim... (Emília).

Ainda sob esta perspectiva, queremos destacar que a lógica do modelo biomédico dirige a escuta para o biológico, para a queixa, para a doença, excluindo a escuta, o diálogo, a palavra. Excluindo a palavra, estamos excluindo a condição de sujeito, de humano e de singular. Baptista¹⁵ chama atenção para o que ele denomina de escuta surda. Atribui essa nomeação às práticas que ouvem sem escutar, que produz uma enfermagem da evidência, uma medicina da evidência que pouco consegue captar das singularidades que permeiam o humano. É uma escuta simplificada que se reduz a uma técnica de coletar dados. A escuta surda se situa

no “campo da escuta moral, prescritora de modos de vida, julgadora de práticas”¹⁶. Pela escuta surda degrada-se a condição humana e beira a humilhação e o desrespeito pelo outro. As mães revelaram essa escuta quando disseram:

(...) às vezes a gente fala e eles viram pro outro lado, faz de conta que a gente não tá falando ou quando responde dão umas respostas assim sabe... como se estivesse zangada. Eu queria que eles dessem mais atenção. Então aquilo doía porque ele não dava resposta que eu queria (...) não custa nada. (Emília).

(...) tem uns que escutam a gente, outros não querem nem saber. Nem todos compreendem não é? Elas não param pra escutar a gente. A gente pergunta e elas nem respondem. Eu acho que isso é importante porque quando uma mãe ou qualquer pessoa vem aqui é porque precisa e a gente escuta o que elas dizem pra gente. Então quando a pessoa não responde direito eu acho que é mau atendimento. (Eliana)

Eu agora já sei antes de consultar eu pergunto logo como é o doutor. Eu já tenho é medo (...) alguns, nem olha na cara da gente e vai logo dizendo que se o menino estiver com febre, tem que levar não sei pra onde. Aí ele nem olhou pro menino, não olhou a garganta nem nada e passou um remédio. Aí eu não comprei o remédio, sei lá se o remédio era bom, não é? Nem olhou na minha cara, tava zangado, brigando com todo mundo. (Elisabete).

Guizardi, Pinheiro¹⁷ alertam que os usuários do sistema de saúde, ao analisarem o tema da integralidade da atenção não o abordam pelas condições estruturais

do sistema de saúde ou do acesso a tecnologias e medicamentos, muito embora introduzam estas questões. Pelo contrário, os usuários revelam indignação acerca da forma como se efetiva a relação. Nessa medida, o cuidado só é possível se há condições concretas para o diálogo, para a escuta, para o vínculo e para a solidariedade. O cuidado existe “na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social”¹⁷. Portanto, as ações e práticas em saúde são determinadas pela especificidade das relações, que se configuram como uma relação entre sujeitos e ampliam as visões sobre saúde, incluindo a percepção da integralidade do cuidado. *Valorizando a escuta e o diálogo* é, portanto, atitude interativa e uma dimensão da integralidade do cuidado. Ainda que de maneira insuficiente, muito já tem sido feito. Nesse sentido, podemos encontrar práticas que valorizam o papel do outro (criança e família) no processo de cuidar por meio de uma relação dialógica e construtiva. Nada mais natural, visto que o cuidado se dá por relações sociais. Pelo diálogo, profissionais da saúde se desfazem do seu saber técnico e se tornam conjuntamente responsáveis pelo processo saúde-doença e, mais especificamente, pelo crescimento e desenvolvimento da criança. Com isso todos crescem: profissionais, família, crianças, instituições e serviços de saúde. Em uma relação dialógica, o diálogo desempenha um papel preponderante como pode ser evidenciado nas falas:

O fato não se resume em escutar por escutar, mas escutar prestando atenção. O resultado é a satisfação da família, que se sente valorizada e encontra no profissional aquilo que eles estão procurando, que às vezes não é remédio, mas apoio. (Camila).

Me colocando do lado da mãe e da família, me coloco como profissional, mas um profissional que permite que a mãe fale das suas dificuldades. Quando eu digo me colocar do lado é saber ouvir sem recriminar, sem culpar ninguém; é saber apoiar naquilo que a mãe ou a família ainda não é capaz de fazer sozinha. (Diana).

No nosso trabalho diário, o esforço é para conciliar o nosso conhecimento de ser médica, enfermeira, dentista... com as necessidades da criança e da família. Isso só acontece, na minha opinião, se somos capazes de uma conversa aberta, sem julgamentos, no diálogo mesmo. O que eu percebo é que quando isso acontece há um crescimento tanto do conhecimento do problema ou da necessidade como do meu próprio conhecimento. Assim eu me conheço mais quando sou capaz de abrir para o que a mãe e a família traz para a minha sala (...). (Denise).

Valorizando a escuta e o diálogo situa-se no campo da arte pela intersecção do conhecimento com habilidades de saber-ser e saber colocar-se em uma situação singular; é valor que se inscreve na verdadeira perspectiva de cuidar. Parece envolver um tom de voz, um ouvido atento; é “tornar caloroso” o cuidado¹⁸; revela um olhar e um escutar dirigido ao outro. É dar sentido ao encontro pelo movimento que convida os profissionais a dialogar *Construindo laços de confiança*. É dimensão que necessita da conjugação de pelo menos oito elementos: o calor (que inclui a palavra, o sorriso e o olhar adequado e personalizado); a escuta (que permite acolher a palavra do outro); a disponibilidade (que revela uma atenção particular e permite “escu-

tar serenamente”)¹⁸; a simplicidade (comportamento e linguagem acessível); a humildade (que revela os limites profissionais sem a pretensão do tudo); a autenticidade (ser autêntico, verdadeiro); o humor (para tornar leve o momento do encontro sem a rispidez que caracteriza o conhecimento técnico); e a compaixão (que permite partilhar o sofrimento do outro)¹⁸. *Construindo laços de confiança* tem relação com os detalhes, com as pequenas coisas, com o encontro do técnico, da arte e da subjetividade:

Quando o PSF começou aqui, eu assim, não gostava muito de trazer meus filhos aqui. Porque eu não conhecia os médicos, as enfermeiras, as pessoas. Depois eu fui conhecendo, fui vendo as coisas (...). No começo eu ficava desconfiada, não gostava muito. Agora não, eu confio neles, confio mesmo, sei que quando eles falam uma coisa é porque é certo mesmo. (Elisabete).

No cuidado à criança nós precisamos estabelecer uma relação de confiança com as mães. Isso não é muito fácil, é demorado, mas depois que conseguimos tudo fica mais fácil. Pra isso lançamos mão de uma série de habilidades, ser criativo, saber valorizar um bom dia, um sorriso, um cumprimento. (Carla).

Construindo laços de confiança permeia uma relação capaz de produzir vínculo:

Mas se eu pudesse eu só marcaria pra ela (enfermeira). Ela conversa com a gente, brinca com a gente, eu gosto mais. Eu não tenho vergonha de falar nada pra ela. Eu acho que ela sabe de tudo da minha vida. E quando ela me passa umas rasteiras eu nem fico zangada. Porque ela diz assim com jeito. Eu sei que ela gosta da gente. Ah eu não sei direito, mas tem coisa da gen-

te que a gente não diz pra todo mundo não é? Eu digo pra ela. (Elisa).

Portanto, *Estabelecendo vínculo com a família e a criança* é processo construído nos encontros entre profissional, mãe, família e comunidade. O estabelecimento do vínculo é proposta de destaque do Ministério da Saúde¹⁹ para o PSF, que o elege como ponto central e estratégico do trabalho no PSF. É pelo vínculo que são construídos laços de compromisso e de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a comunidade. Desse modo, o vínculo é consequência de uma relação mais próxima da comunidade com a equipe de saúde. Contribuem, para isso, as visitas domiciliares e os modos de interação nos atendimentos individuais e de equipe. As falas demonstram que, pelo vínculo, os profissionais orientam a intervenção e, como consequência, as mães sentem-se melhor cuidadas e apoiadas:

Essas possibilidades que o PSF oferece de manter a equipe mais próxima da comunidade, das famílias fortalece o vínculo. Isso, na minha opinião, se traduz em duas situações: a primeira é que facilita a intervenção da equipe e ajuda, orienta a conduta do profissional, por outro lado aumenta a responsabilidade da equipe. Somos mais exigidos. Tem também a confiança. As famílias passam a confiar mais na equipe. (Claudia).

Aqui a gente sabe que pode contar com o pessoal da unidade; eles estão aqui perto da gente. Hoje eu venho muito mais no médico do que uns anos atrás. Eu vejo eles sempre andando por aqui, vindo na casa das pessoas, conversando. A gente se sente assim valorizada. A gente conhece eles e eles conhecem a gente também. A gente sente

que é diferente do hospital. Parece que eles gostam da gente. (Eliana).

O PSF favorece esse jeito de ficarmos mais perto, estreitar mais o vínculo com as famílias, com as crianças. (...) isso aproxima ainda mais o profissional da mãe. Elas se sentem valorizadas, ficam felizes com essa aproximação. Isso é importante para o cuidado porque aumenta a confiança da mãe no profissional. Elas passam a conhecer também a nossa família. Elas perguntam pelas minhas filhas, pela minha mãe. Tem uma coisa de afeto e de carinho. Essa aproximação traz essa coisa. (Darci).

Estabelecendo vínculo com a família e a criança é, portanto, circulação de afetos e responsabilidades. Pelo vínculo, a equipe acolhe as demandas trazidas tanto pelas mães como pelas crianças, e as mães, apoiadas, são capazes de superar condições adversas, de mudar o contexto em que se situam e de “descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas”²⁰. Cabe destacar que, na perspectiva da integralidade do cuidado, a construção do vínculo relaciona-se com a capacidade da equipe e dos profissionais se responsabilizarem pela saúde das crianças e famílias. Nas falas dos profissionais investigados, o fato da criança ser atendida pelo mesmo profissional é um fator que favorece o vínculo e a responsabilização pelo cuidado:

Eu acho que à medida que a gente vai apoiando, se aproximando das famílias, das crianças, aumenta a nossa responsabilidade. E o fato delas serem atendidas pelo mesmo profissional ou por profissionais da mesma equipe é muito bom, porque facilita essa aproximação, o vínculo fica mais forte,

e a gente fica mais segura também para intervir. (Darci).

Responsabilizando-se pelo outro resulta na condição da equipe e/ou do profissional ser referência para as mães, abrindo um leque de possibilidades para um cuidado mais abrangente. A fala a seguir é representativa dessa condição:

Outro dia eu trouxe meu filho aqui no posto porque ele estava com umas feridinhas na cabeça. Eu trouxe mesmo porque era o jeito, porque a consulta já estava marcada e eu não queria perder a vez. Eu estava com febre, calafrio mesmo, dor de garganta, sem coragem para nada, nem para falar. Aí quando eu cheguei, a doutora (...) examinou a cabeça dele, fez umas perguntas e tal. Aí eu acho que ela notou que eu estava, assim, calada e ela perguntou o que eu estava sentindo, se tinha alguma coisa. Eu disse o que eu estava sentindo, então ela me examinou, passou logo um antibiótico, disse que eu tava com uma infecção mesmo. Eu fiquei contente pelo jeito dela, porque eu não tinha nem marcado consulta, eu só tinha marcado mesmo para o meu filho. Como ela me conhece, ela viu logo que eu não estava bem. Se eu tivesse ido para outro hospital era diferente. (Emília).

Responsabilizando-se pelo outro tem aqui o sentido de interesse, que se expressa pelo vínculo e pela atenção. São atitudes que geram satisfação e valorização da condição de estar atento ao outro. É produto das relações estabelecidas por meio da escuta, do diálogo e do vínculo. Tem também o sentido de compromisso com a comunidade, com as famílias, sendo resolutivo, cumprindo os horários e não faltando ao trabalho:

(...) coisa que faço é tentar resolver os problemas das crian-

ças que chegam aqui, pois sei o quanto é difícil para as mães esse vai-e-vem de um lugar para o outro. A outra coisa que considero importante é a responsabilidade com a comunidade, então faço tudo para não faltar, atendo o máximo de crianças possíveis, procuro não deixar voltar ninguém sem atendimento. (Diogo).

Nós temos aqui na equipe o compromisso da equipe de tentar resolver os problemas da criança aqui mesmo na unidade. Eu saio de sala em sala para tentar resolver e digo brincando: “já cheguei com a minha tigela”. É uma coisa nossa. (Camila).

A integralidade do cuidado se afirma na tarefa do profissional marcar encontro com o outro em sua diferença, *Exercitando Alteridade*. Significa ir ao encontro do outro. Tem a ver com a presença do outro, mas também em reconhecer a diferença do outro, pois é a “diferença que faz com que cada pessoa seja singular”¹⁸. Nas entrelinhas das falas é possível perceber que:

O que diferencia nosso trabalho, o trabalho na saúde, de outros trabalhos é a necessidade do encontro com o outro, de um encontro apesar das pessoas serem diferentes, há encontro. (...) as diferenças faz compreender que precisamos nos posicionar diferente com cada mãe, com cada criança, porque as mães são diferentes, as crianças são diferentes. E eu digo também para as mães que cada um de nós profissionais é diferente. E que é natural que elas não encontrem em um de nós tudo que elas desejam. Então é assim, eu dou um pouquinho, a enfermeira outro tanto, o agente outro e assim nós vamos nos entendendo. (Bárbara).

Para cuidar é importante reconhecer que somos diferentes, que temos características que são nossas, individuais. As mães também são diferentes, têm necessidades que, embora sejam semelhantes, se diferenciam. O cuidado é essa capacidade que devemos ter de lidar com as diferenças. (Bianca).

Exercitando Alteridade no processo de cuidado é reconhecer que haverá sempre a relação consenso/conflito que se alterna dinamicamente e, portanto, as diferenças, muitas vezes, geradoras de conflitos não devem ser execradas, pois como parte das relações e da expressão das diferenças haverá sempre a possibilidade de convívio com o heterogêneo²¹.

Nessa relação é comum exigir práticas inovadoras para atender às demandas do processo saúde-doença da criança. O diálogo, o encontro com o outro e com suas necessidades mobiliza a criatividade como instrumento de interlocução que aproxima conhecimentos e afasta a racionalidade técnica. *Utilizando a criatividade no cuidado* é a expressão de um agir mais livre e mais leve construído na dinâmica de saberes e na preocupação do melhor intervir. A criatividade é capacidade de seres humanos; é processo de busca de soluções para uma determinada questão. É produção de ideias em qualidade, originalidade, flexibilidade e sensibilidade; é método e recurso nas práticas de cuidado à criança:

A todo o momento o nosso trabalho exige que sejamos criativos. Criativos para lidar com as limitações de recursos, para lidar com os aspectos da educação em saúde, para ensinar. Procuramos desenvolver isso aqui na equipe. Quando precisamos desenvolver algum tema optamos por fazer dinâmicas com as mães, com as crianças,

com os agentes de saúde. Temos alguma coisa de jogo, de material para trabalhar, por exemplo, com os hábitos de higiene, com escovação. Temos parceria com a escola, e lá nós trabalhamos com grupos de teatro, com peças, sempre abordando um aspecto da saúde. (Célia).

Um aspecto importante no cuidado à criança é a criatividade. Eu percebo que quando utilizamos uma estratégia criativa para trabalhar com as mães e com as crianças elas saem daqui mais satisfeitas e tudo parece mais leve. A gente deixa de lado a autoridade, a ordem, pra brincar, brincar educando. (Camila).

Utilizando a criatividade no cuidado predispõe a ação, a manifestação de potencialidades, associa sensibilidade ao conhecimento e desperta formas de cuidar para além dos muros da racionalidade técnica biologicista.

Construindo reflexões

O direito à saúde se concretiza na quantidade de recursos e na sua adequada aplicação, mas, sobretudo no gerenciamento das questões subjetivas. Esse fato se dirige para as ações, práticas e atitudes dos profissionais na dimensão relacional que tem como sentido o acolher, o respeitar e o tratamento digno tanto à criança com a sua família. Assim, ao avaliarem o modo de ser cuidado, tendem a considerar as atitudes de compreensão, de acolhimento e de comunicação dos profissionais, além do desempenho clínico, no sentido de que o problema de saúde seja solucionado. Há nesse processo dois elementos-chave: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. Aspectos como humanismo, sensibilidade e receptividade são essenciais aos

profissionais para uma boa relação interpessoal^{22,23,24}.

A resposta ao sofrimento humano indica algo para além do valor da eficácia de um saber sobre as doenças. A aplicação de um saber sobre uma determinada condição de agravo estritamente no campo biológico não é suficiente apesar de importante. Nesse sentido, a integralidade, como princípio organizador das práticas de saúde, objetiva não fomentar a dissociação saúde/doença, doente/doença e criança/família, em que o conhecimento e os saberes que sustentam a competência técnica estejam aliados à dimensão cuidadora e apoiada por valores humanos e éticos. Cuidar, para Watson²⁵, “requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana”, colocando o cuidado no campo das competências. Por competências, Alarcão, Rua²⁶ compreendem como “a capacidade de agir em ação o que implica (...) resposta articulada entre: o que fazer, a quem, por que, e para quê. (...). Implica conhecer os limites do seu saber, isto é, seu não-saber”. Especificamente para os enfermeiros, os autores referem que a competência profissional envolve três sub-competências: competência técnica, cognitiva e a comunicacional. A cognitiva relaciona-se à capacidade do enfermeiro em identificar necessidades, analisar e interpretar as informações recolhidas, planejar atividades e avaliar. A competência técnica diz respeito à capacidade do enfermeiro de realizar procedimentos corretamente e a destreza manual. A competência comunicacional implica saber ouvir, utilizar adequadamente os recursos comunicacionais, transmitir informações corretas e pertinentes e estabelecer relação de ajuda. São competências que dão ao cuidado de enfermagem as suas especificidades que se sustentam na confluência da ciência e da arte. Nesse

sentido, Coelho, Fonseca²⁷, refletindo sobre o cuidado na relação dialética, o conceitua como produto da articulação entre conhecimento, habilidades manuais, intuição, experiência, presença solidária e ajuda que se constitui em uma experiência significativa para os envolvidos. A integralidade do cuidado não é somente escuta, diálogo e relações afetivas, mas esses são instrumentos que potencializam e qualificam o cuidar e o cuidado. A integralidade do cuidado é atitude, e como tal é um *modo de ser* que não se realiza fora do contexto multidimensional da criança, da família, do processo de crescer, desenvolver e adoecer e das subjetividades. É interativo²⁸, condição que exige repensar e modificar o processo de cuidar, isto é, a forma como se cuida e como se dá o processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado²⁹. A integralidade do cuidado, portanto, é fortemente marcada pela dimensão relacional. Neves-Arruda et al³⁰ e Gonzaga, Neves-Arruda³¹, investigando o cuidado pediátrico em contexto hospitalar, concluíram que cuidar da criança é aliar cuidado emocional e psicológico à realização de procedimentos técnicos. É associar afetos e emoções. Gomes³² discorre sobre cuidar com afetividade como atitude constante de interesse e compromisso com o outro. Cuidar com afetividade envolve o estar presente que não significa simplesmente presença física ou a realização mecânica de tarefas. Estar presente, significa “estar ali” com o outro atentamente. Implica valorizar o outro e respeitar diversidades. Faz, ainda, distinção entre procedimento técnico e o verdadeiro cuidado. O primeiro atende ao bem-estar, o segundo vai muito além, pois utiliza de subjetividades para alcançar o outro como pessoa plena.

O cuidado é a face subjetiva do agir cuidador. Cuidado é subjetivo,

intuitivo, sensível e se concretiza no espaço das relações entre os sujeitos envolvidos¹³. É a manifestação zelosa daquilo que foi desejado. É fenômeno abstrato e concreto que pode ser demonstrado por meio de expressões, ações e sentidos diferentes³³. O lidar com a dimensão subjetiva se concretiza no encontro com o outro, criança e família, com suas necessidades e com as habilidades profissionais e pessoais para acolher com sensibilidade, atenção, carinho, amor e dedicação. É um modo de encontro porque faz necessário atualizar dentro de nós capacidades para qualificar o encontro, a relação e os modos de cuidar. É buscar singularizar o encontro em um verdadeiro encontro, superando os atendimentos despersonalizados, simplistas, indiferentes, caracterizados por distanciamentos e silenciamentos. Portanto, as ações e práticas em saúde da criança são determinadas pela especificidade das relações. Isso se configura como uma relação entre sujeitos e subjetividades que ampliam as visões sobre a saúde, sobre a criança e sua família, mas, sobretudo sobre os modos de cuidar e de cuidado. O cuidado é, portanto, atitude interativa e uma dimensão da integralidade permeada pela escuta e pelo diálogo. Estes são processos em que as subjetividades são produzidas, em que há envolvimento entre as partes e um trabalho mais implicado com o outro. Para Perestrello³⁴, o principal instrumento da clínica não são os olhos, mas os ouvidos no sentido de saber escutar. É silenciar, que como instrumento do cuidar, às vezes, é “mais eloquente do que a palavra”³⁴. O autor fala do saber ouvir e do poder ouvir, e afirma que só se sabe ouvir quando se pode, isto é, ouvimos quando somos capazes de nos ocupar verdadeiramente do outro.

A partir das afirmações, podemos apontar quatro características

da escuta e do diálogo – falar, saber falar, escutar e saber calar. Escutar não é ouvir respostas a um interrogatório, mas é estar com o outro efetivamente; é permitir calar-se para que o outro se manifeste como seu verdadeiro outro; é utilizar linguagem simples, evitando expressões técnicas; é singularizar a escuta, não é simplesmente coletar informações para esclarecer um diagnóstico, um problema; é estabelecer significados; é uma questão de qualidade no momento em que assumimos que o cuidado tem a ver com atenção e designa estar atento¹⁸ a alguém ou alguma coisa, é uma atenção particular; é o momento em que respeitar o intuitivo e o subjetivo é a maior ferramenta do encontro. O contrário desvaloriza a essência do humano, enfraquece vínculos e diminui responsabilidades. O vínculo com a criança e a família se concretiza na relação, que, para Hesbeen¹⁸, não é qualquer relação; trata-se de uma relação social que se funda na aceitação do outro como um legítimo outro na convivência. Essa aceitação constitui uma conduta de respeito e de exercício da alteridade. Exercer a alteridade é reconhecer o outro como alguém diferente do profissional e diferente de qualquer outro, mesmo que diante de um mesmo agravo de saúde. Exercitando a alteridade, o profissional de saúde poderá orientar o melhor caminho para a relação: profissional/cuidado/criança/família/saúde. Assim, o cuidado caracteriza-se como fenômeno social que ocorre diante da aceitação do outro, em interações envolventes e amplas. Se não houver interação não há linguagem, emoção. Se não houver interação, emoção e linguagem, haverá separação, pois “somos animais que vivemos a sensualidade do encontro personalizado com o outro, o que se evidencia em nossa queixa quando isso não ocorre”³⁵.

Conclusões

A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança são desafios postos para todos os tipos de serviços de saúde. Para tanto é necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, ampliar a capacidade de escuta, de responsabilização dos trabalhadores de saúde e da sua capacidade de lidar com a dor e com o sofrimento e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado. *Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança* se constitui, nesta investi-

gação, estratégia para a superação do modelo biomédico e disciplinar da atenção em saúde e pela busca de práticas cuidadoras na atenção à criança em um espaço de relações e interações profissionais, com a família e com a comunidade. A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança representam desafios postos para o cuidado em saúde e para o cuidado à criança. Desse modo, as atitudes de cuidado não diz respeito somente às tecnologias e saberes limitados ao processo saúde-doença. Amplia-se na perspectiva de uma dinâmica construção de vínculos e de responsabilização em um ver-

dadeiro encontro de terreno fértil para exercitar o falar, o ouvir, o comunicar-se, o criar e o agir. Cabe lembrar que o Programa de Atenção à Criança deve ser capaz de atender às necessidades globais da saúde infantil em que a perspectiva da integralidade concretiza-se por um processo horizontal e dialógico, acompanhado de uma compreensão e abordagem à criança como ser em crescimento e desenvolvimento. *Incorporando atitudes mediadoras para cuidar da criança* dirigem-se ao campo da micropolítica do trabalho em saúde, suas articulações, fluxos e aspectos da organização do trabalho, da gestão e do planejamento do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl 1:S113-20.
2. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde Matern Inf*. 2005;5(2):229-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde. assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
4. Figueiredo GL, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004;11(4):544-51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
6. Strauss AL. *Qualitative analyses for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
7. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications; 2006. 224 p.
8. Glaser RG. *Theoretical sensitivity*. Chicago: Sociology Press; 1978.
9. Strauss AL, Corbin J. Grounded theory methodology: an overview. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of quantitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 273-85.
10. Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. London: SAGE Publications; 1998.
11. Strauss AL, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC; 2002.
13. Prado ML, Reibnitz KS, Gelbcke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(2):296-302.
14. Araújo EC. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13 Supl:S663-71.
15. Baptista LA. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EDUFF; 2000.

16. Heckert AL. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007. p. 199-212.
17. Guizardi FL, Pinheiro R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2004. P. 37-56.
18. Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Portugal: Lusociência; 2000.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
20. Campos GWS. Saúde coletiva e o Método Paidéia. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005c. p. 21-35.
21. Sposati A. Conhecimento da verdade e o exercício do poder. In: Martinelli ML, On MLR, Muchail ST. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez; 2001. p. 66-77.
22. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care. 2002;11:358-64.
23. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51:1611-25.
24. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. Bull World Health Organ. 1999;77:582-94.
25. Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Portugal: Lusociência; 2002.
26. Alarcão I, Rua M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto & Contexto Enferm. 2005;14(3):373-82.
27. Coelho EA, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. Rev Bras Enferm. 2005;58(2):214-7.
28. Philips P. A deconstruction of caring. J Adv Nurs. 1993;8(2):154-8.
29. Patricio ZM. O processo de trabalho da Enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). Rev Texto & Contexto Enferm. 1993;2(1):67-81.
30. Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectivas de enfermeiras. Cogitare. 1996;1(1):85-90.
31. Gonzaga MLC, Neves-Arruda E. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. Rev Latin-Am Enferm. 1998;6(5):17-26.
32. Gomes VLO. A interpretação do cuidado de enfermagem à criança em creches pela ótica de Pierre Boudier [tese] (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
33. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991.
34. Perestrello D. A medicina da pessoa. São Paulo: Atheneu; 2006.
35. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG; 2002.

Recebido em 2 de fevereiro de 2009
Versão atualizada em 27 de fevereiro de 2009
Aprovado em 20 de março de 2009