

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros

Strategy Healthy Brasileirinhas and Brasileirinhos (EBBS): in defense of Early Childhood as a priority agenda and as a pillar of full and healthy development of Brazilian citizens

Liliane Penello¹

Resumo

Apresenta-se a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – (EBBS) para construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) - iniciativa desenvolvida entre a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/ DAPES/SAS/Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz. A EBBS defende o fortalecimento da agenda nacional que vincula produção de saúde, vida com qualidade e cidadania ao desenvolvimento infantil pleno e saudável na primeira infância. Apresenta suas bases conceituais como a do ambiente facilitador à vida com este objetivo. Sobre os determinantes sociais de saúde considera-se a perspectiva de seu impacto sobre o cuidado /cuidador da criança, vulnerabilidades e potencialidades para um mundo sustentável. Atualmente a EBBS dedica-se à formação dos consultores estaduais de saúde da criança vinculados à CGSCAM, destacando como eixos principais o trabalho de cartografia dos recursos locais, fortalecimento de grupidades e transmissão do cuidado. A apresentação de situações desafiadoras experimentadas pelos profissionais de saúde da criança em seus territórios são discutidas presencialmente e à distância via Plataforma EAD com suporte continuado ao trabalho fortalecendo o pacto interfederativo pela formulação e implantação da PNAISC em território nacional.

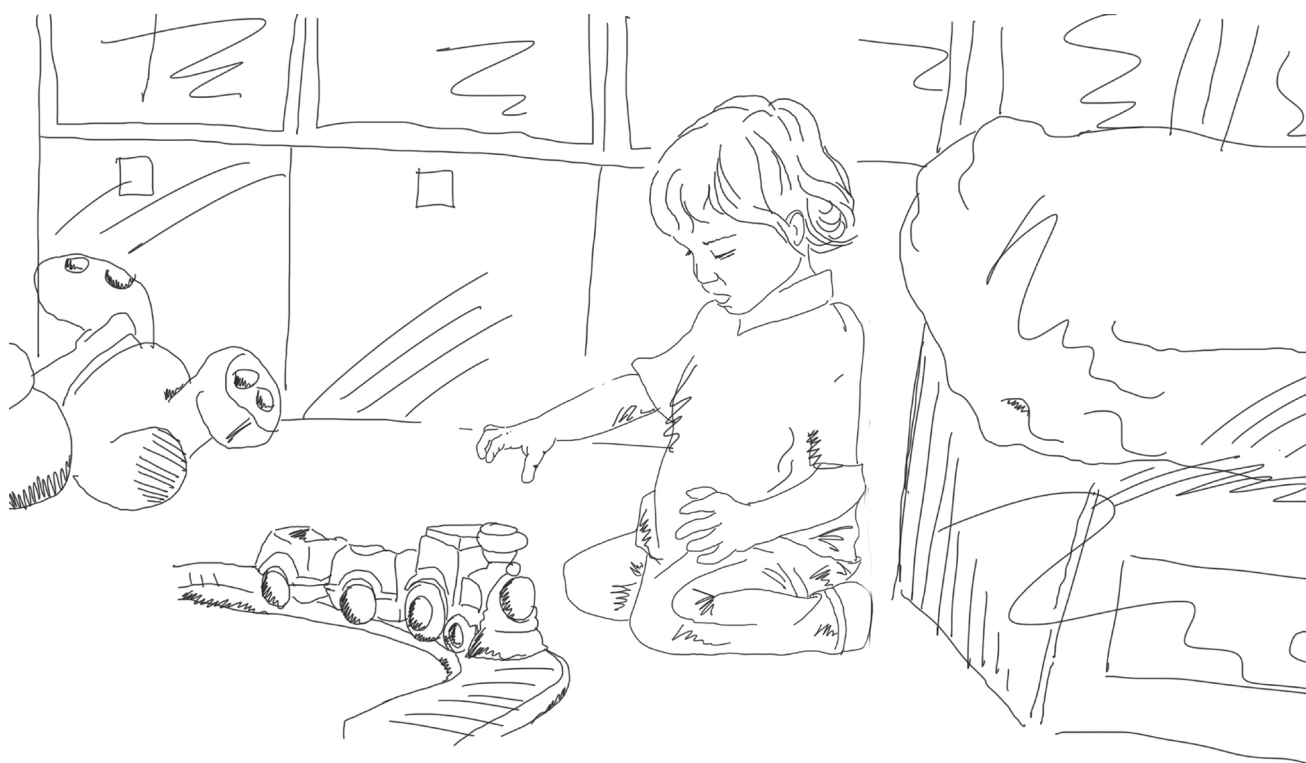
Palavras-chave: Política Pública e Primeira Infância; Desenvolvimento infantil e cidadania; cuidado e ambiente facilitador à vida

Abstract

It is presented the contribution of Strategy Healthy Brasileirinhas and Brasileirinhos (EBBS) for construction of the National Policy for the Health Care of the Child (PNAISC) - an initiative developed between the General Coordination for Child Health and Breastfeeding (CGSCAM)/DAPE/SAS/Ministry of Health and the National Institute of Women's, Children's and Adolescents' Health Fernandes Figueira/Fiocruz. The EBBS advocates the strengthening of the national agenda that links the health production, life quality and citizenship to the full and healthy child development in early childhood. It presents its conceptual basis as that of the enabling environment to life with this goal. On the social determinants of health, it is considered the perspective of its impact on the care/caregiver of the child, vulnerabilities and potentialities for a sustainable world. Currently, the EBBS is dedicated to the training of state consultants for child's health linked to CGSCAM, highlighting as main lines the mapping work of local resources, strengthening of groups and transmission of care. The presentation of challenging situations experienced by child health professionals in their territories are discussed in person and remotely via distance learning platform with continued support to work, strengthening the inter-federative pact for the formulation and implementation of the PNAISC in national territory.

Keywords: Public Policy and Early Childhood; Child development and citizenship; care and life-enabling environment

¹ Liliane Penello (lpenello@gmail.com) é médica psiquiatra, Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz) e Coordenadora Técnica Nacional da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.



Introdução

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros passos para o Desenvolvimento Nacional (EBBS) surge no cenário nacional como fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2007. Nesse período, o Ministério da Saúde construía o MAIS SAÚDE¹⁰, um programa estratégico, apresentando um conjunto de diretrizes definidas em sete grandes eixos para suas ações. O eixo voltado à Promoção da Saúde, reconhecido por suas formulações e práticas exitosas – abrigadas no corpo da Política Nacional de Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família⁶ – nos convocou à reflexão e construção de uma oferta que consideramos de fato estratégica, dirigida à atenção integral à saúde da criança. Essa proposta considerava a importância da explicitação em termos de política pública da relação entre o crescimento e desenvolvimento de uma nação e de cada um de seus cidadãos. Trata-se da defesa de uma agenda potente no âmbito

do governo federal, capitaneada pela Área da Saúde, destacando esse vínculo especial entre o crescimento pessoal e o social, pautado no desenvolvimento infantil pleno e saudável e na importância da Primeira Infância (no Brasil, do nascimento aos 6 anos, ou seja, aproximadamente vinte milhões de crianças), reconhecendo-a como um tempo diferenciado, mas não encerrado, na produção de saúde e vida com qualidade. As repercussões das vivências deste período da vida e sua presença no mundo adulto, no aqui e agora de nossas capacidades e (ainda) as habilidades em realização, de criarmos vínculos, interagirmos e enfrentarmos desafios pessoais e coletivos, num mundo que clama por sustentabilidade e cuidado, tornou-se o cerne da defesa aguerrida desta agenda: favorecer a infância saudável é favorecer um mundo sustentável para todos!

Aportes teórico-conceituais para a formulação da EBBS: uma construção desafiadora

O conceito de saúde com o qual trabalhamos

diz respeito diretamente à vida que é fruída com liberdade, criatividade e felicidade, e não apenas à inexistência de doenças e agravos. Devemos a Donald W. Winnicott²³, pediatra e psicanalista inglês, uma reflexão que tem nos balizado ao questionar-se sobre o que versa a vida. Diz o autor: “podemos curar nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo... para nós (profissionais de saúde) é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida”. Esses aspectos, comumente trabalhados pelos profissionais da área de saúde mental, ganham reforço com as contribuições de John Bowlby. Ambos, em meados do século passado (1951), participam da segunda sessão da Comissão de Especialistas em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo relatório apresenta esta compreensão:

*o mais importante princípio a longo prazo para o trabalho futuro da OMS, na promoção da saúde mental, em contraste com o tratamento de distúrbios psiquiátricos, é o estímulo à incorporação no trabalho de saúde pública da responsabilidade pela promoção da saúde física e mental da comunidade.*²⁴

Esta constatação evolui para a explicitação de que não há como falar de promoção de saúde sem associá-la a um conjunto de determinantes e a momentos e etapas da vida, quando surgem janelas de oportunidade para investimentos de toda ordem com a expectativa de potencializar os possíveis retornos, como mostra o Relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS:

Investir nos primeiros anos de vida é uma das medidas que permitirá com maior probabilidade a redução das desigualdades em saúde no espaço de uma geração... O desenvolvimento da primeira infância, em particular o desenvolvimento físico, socioemocional e lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva

*as oportunidades na vida de uma pessoa e a possibilidade de gozar de boa saúde, já que afeta a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho.*²⁵

As pesquisas e a observação atenta desta etapa precoce do desenvolvimento nos mostra que o bebê não existe como ser isolado, dependendo completamente do outro para a continuidade de sua existência humana: seu caminho rumo à independência, sua vivência feliz, e não só a sobrevivência, também dependerá de como esse processo de tornar-se outra pessoa, vai se desenrolar. Edgar Morin¹³ nos recorda que não há indivíduos no começo. O singular é uma feliz produção social.

Reafirma-se, assim, para nós, profissionais de saúde, quão fundamental é essa função cuidadora, que nos inclui neste “investimento”; o que define para a EBBS a perspectiva de trabalhar o cuidado com os cuidadores envolvidos nessa grande rede de sustentação ao desenvolvimento da sociedade brasileira – focada nos pequenos brasileiros e brasileiras, compreendendo o cuidado como eixo do que denominamos “ambiente facilitador à vida”¹⁷, e seu reconhecimento e aprimoramento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado que aqui nos referimos tem também um apelo para além das ações tecnicamente bem executadas, e até mesmo calorosas ou acolhedoras, por parte dos cuidadores. Trouxemos de Leonardo Boff a compreensão do cuidado essencial:

*é aquela condição prévia que permite um ser vir à existência. É o orientador antecipado de nossas ações na missão de cuidadores de todo o ser como seres éticos e responsáveis, garantindo a sustentabilidade necessária à nossa Casa Comum e à nossa vida.*¹

Seguindo a perspectiva ecológica para que o desenvolvimento sustentável realmente aconteça, especialmente quando entra o fator humano capaz de intervir nos processos naturais, não basta

o funcionamento mecânico dos processos de interdependência e inclusão na busca por um ecossistema estável. Faz-se mister que as políticas públicas considerem uma outra realidade a se compor com a sustentabilidade: o cuidado.

O destaque feito a esses conceitos e ideias articulados em uma proposta estratégica tem como objetivo contribuir para a compreensão da importância da Primeira Infância desenvolvida, vivida e experimentada em sua plenitude, com direitos garantidos, incluído neles, as brincadeiras, os momentos lúdicos e criativos, e sua relação com a saúde de cada qual e da sociedade à qual se vinculam. Ao aproximarmos esta visão do campo da Saúde Coletiva, temos o claro objetivo de fortalecer o que todos nós, profissionais de saúde, sabemos: não existe produção de saúde apartada dos afetos assim como não existe saúde apartada de um sistema de garantia de direitos democraticamente constituídos, e de políticas públicas, elas mesmas cuidadoras e favorecedoras à vida com qualidade e bem-estar de seus cidadãos e cidadãs!

Da mesma forma, continuando neste caminho de aproximação do conjunto de fatores produtores e promotores de saúde, quando falamos, por exemplo, em *apego seguro*², nos referimos às chances ampliadas de sucesso para o desenvolvimento pleno do bebê, relacionado ao estabelecimento de vínculo de confiança entre ele e seu cuidador, o que favorecerá o sucesso de sua conexão com o mundo. Essa assertiva, reforçada pela produção neurocientífica das últimas décadas nos aponta não só a hereditariedade, mas, principalmente, sua interação com o ambiente circundante para que as experiências do bebê sejam potencializadas e seja exitoso o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Retomando as contribuições das neurociências, quando se referem a momentos críticos em que são organizadas as funções e competências importantes para o desempenho e a sobrevivên-

cia dos seres humanos em melhores condições, afirma Terra²⁰ que:

Tais momentos críticos ocorrem nos primeiros anos acompanhadas de uma extraordinária plasticidade cerebral e com formação intensa de trilhões de novas conexões entre os 100 bilhões de neurônios do cérebro humano, sempre em relação com os estímulos ambientais. Em nenhum outro momento do ciclo de vida irá acontecer uma situação tão dinâmica, mostrando inclusive a relação entre os fatores psíquicos e sua base material.

Há o reconhecimento, portanto, de que o ambiente que envolve e inclui o bebê no início da vida tem papel estimulante fundamental. Reconhece-se também que muito precocemente esse “ambiente facilitador”²³ coincide com a pessoa de seu cuidador, quase sempre a mãe, com a oferta de seu corpo, seu psiquismo, suas fantasias e desejos, sua inserção social, histórica e cultural para além do aporte genético. E, ainda, os fatores determinantes de saúde, apresentados em leque em uma perspectiva que vai dos proximais aos intermediários e distais, no Modelo de Dahlgreen e Whitehead (citados por Pellegrini Filho)¹⁶ e que impactam esse cuidador em suas singularidades, vulnerabilidades e riscos – impactam também o bebê que por ele está sendo cuidado.

Essa complexa caminhada do desenvolvimento humano, e certamente o enfrentamento das iniquidades nesta trajetória, nos mobiliza à proposição de ações que gerem as condições necessárias para sustentar o desenvolvimento infantil em sua plena potência. Temos importantíssimas contribuições de pesquisadores laureados pelo Nobel que atuam no campo do Desenvolvimento Emocional Primitivo, como Mustard¹⁴ e Heckman⁶, que defendem cada dólar investido em Programas e Políticas voltadas para a Primeiríssima Infância, na perspectiva mais efetiva da luta por equidade favorecendo

a redução da proporção das populações que vivem na pobreza, melhores condições de acesso à educação formal, saúde e renda, redução da violência, maior estabilidade social, qualificação do capital humano, maiores e melhores oportunidades de inserção na economia do conhecimento, sucesso no caminho civilizatório e capacidade de gerar sustentabilidade à biosfera para as populações futuras.

Alguns exemplos de iniquidades em nosso país, com sérias repercussões sobre o ambiente familiar, especialmente para mulheres e crianças, se deve ao fato de que um quarto destas famílias vive de um salário feminino. Em artigo publicado no jornal *O Globo*, de 2 de maio 2010, Rosiska Darcy de Oliveira traz à tona temas tangenciados e confienciados na sociedade, como as escolhas sobre a maternidade, as condições da gravidez e do parto, as leis que tolhem ou propiciam liberdades, o temor atávico da violência sexual. Afirma a autora: “*todas essas questões tornadas realidade para o corpo feminino afligem as mulheres, uma vez que elas sabem habitar um corpo cujo destino é desdobrar-se em outros*”. E vivem, na realidade, o acúmulo de tarefas e funções cuidadoras, em meio a grande solidão. Ainda segundo a articulista, respeito e escuta é o que aspiram as mulheres para que possam, efetivamente, contribuir com reformas modernizadoras de estruturas de acolhimento.

Recentemente, em maio de 2015, foram veiculados na imprensa alguns resultados do estudo “O Bem-Estar das Mães do Mundo 2015”, sobre a desigualdade social e seu impacto na área da Saúde, realizado pela ONG Save the Children³, com dados colhidos por várias instituições que reuniram informações sobre saúde materna, mortalidade infantil, educação, renda *per capita*, dentre outros itens.

Uma radiografia mundial sobre o bem-estar de mães e bebês observa que:

permanece uma distância absurda entre a qualidade de serviços de Saúde oferecida a

famílias pobres e a famílias de melhor condição econômica impactando negativamente o desenvolvimento infantil e comprometendo não só o futuro das pessoas, mas de nações inteiras.

Quando o foco é o Brasil, ficamos no 77º lugar de um ranking de 179 países. Um exemplo que esclarece esta posição é a taxa de mortalidade de recém-nascidos em comunidades cariocas apresentar-se 50% mais alta que a de bebês de famílias mais ricas. Constatou-se, assim, que também nas metrópoles o problema é muito grave. Sobre a morte de mulheres relacionada à gravidez, nossa situação piora: ficamos em 82º lugar no ranking.

São imensos os desafios a enfrentar, mesmo considerando tantos esforços presentes em iniciativas como a Rede Cegonha¹⁸, o Plano Brasil Sem Miséria¹² e o Programa Brasil Carinhoso, além dos avanços do Bolsa-Família¹¹, na esfera do governo federal, com suas pactuações interfederativas.

O compromisso brasileiro com suas metas de crescimento e desenvolvimento, tanto em pactuações nacionais quanto internacionais como as estabelecidas com a ONU voltadas para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, produziram resultados ao atingirmos o ODM 4, redução da Mortalidade Infantil, pelo menos três anos antes da data pactuada (2012/2015). Infelizmente, em relação ao ODM 5, redução da mortalidade materna, todos os esforços geraram diminuição significativa, mas ainda longe de taxas aceitáveis.

No caso da mortalidade de mulheres relacionadas à gravidez, tanto quanto na mortalidade neonatal precoce destacam-se sérias questões perinatais a serem enfrentadas. Ou seja, vinculadas ao pré-natal, parto e puerpério, ofertas pouco qualificadas das informações fundamentais sobre esse momento da vida da mulher, muito sensível à cultura e ao meio ambiente em que vive, as condições de acesso aos serviços, a não articulação entre eles, o

não entrosamento entre equipes ou a falta de treinamento das mesmas, a não revisão sistemática dos óbitos nas unidades de saúde, acabam gerando inúmeras intervenções que se afastam do parto humanizado, com cesáreas desnecessárias, complicações como infecções e hemorragias, e aumento de prematuridade dos bebês. Se não bastasse, somam-se questões legais que levam a mulher a buscar a interrupção da gravidez nos casos não previstos, em condições adversas, longe do sistema de saúde e com altas percentagens de morbidade.

Todas essas razões nos alertam não só para a manutenção de iniciativas como as citadas até aqui, mas também para outras que ainda venham a contribuir para mudanças efetivas deste cenário. Precisamos estar atentos ao que Muñoz Jimenez²¹ coloca com propriedade:

não se pode negar as capacidades que a infância tem para colaborar no desenho dos seus direitos, na hora de desenvolvê-los nos diversos âmbitos da vida cotidiana, onde vive, “convive” ou “mal vive” [...] a melhor forma de proteger a infância é promovendo sua participação plena na vida social de suas famílias, ruas, bairros, cidades, escolas.

Tantas e tão importantes ações, pertencentes a diferentes segmentos e áreas, parecem demandar do Estado brasileiro uma instância única para articulação, avaliação, monitoramento, recomendações e alterações necessárias a este campo de Atenção, de fato produzindo uma agenda intersetorial com provisão orçamentária adequada e suficiente.

EBBS: uma trajetória estratégica

Cenários como esses estimularam o reconhecimento da importância da criação de uma iniciativa estratégica como a EBBS com o objetivo de fortalecer, ampliar, potencializar e construir novas ofertas de cuidados em saúde para as crianças até

os seis anos, suas famílias e cuidadores, no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz, por meio de seu Instituto Nacional de Atenção à Mulher, à Criança e ao Adolescente Fernandes Figueira com o apoio do Ministério da Saúde.

Segundo Temporão e Penello¹⁹, foram elencados alguns dos principais atores e participantes governamentais e não governamentais para construção compartilhada desta iniciativa. A Portaria MS/GM 2.395, de 07/10/2009, formaliza essas aspirações e as apresenta como cuidados prioritários enfatizando o acompanhamento do desenvolvimento infantil com maior atenção ao início da de vida da criança e designa parte desses atores, havendo posteriormente uma ampliação do grupo de trabalho que contribuiu com a formulação e estruturação da EBBS. Foram considerados, àquela altura, os marcos legais, institucionais, recomendações teóricas e técnicas internacionais e nacionais, e experiências exitosas para além da área da saúde para a construção da Estratégia. Esses marcos abrigavam ações dirigidas à criança em um campo em que a saúde estava incluída como terreno fértil para incremento de iniciativas voltadas para os aspectos do desenvolvimento emocional, com especial atenção aos primeiros anos de vida.

O caminho percorrido durante o processo de implantação da EBBS, na Fase 1 (Piloto), pode ser mais bem conhecido com a leitura do livro *O Futuro Hoje*⁵. Lá são apresentadas e discutidas as ações realizadas com práticas diferenciadas pelas condições e peculiaridades locais e pela escolha estratégica dos municípios que a compõem – envolvendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), governantes dos âmbitos federal, estadual, municipal e representantes da sociedade civil. Foi construído, inclusive, um instrumento de pactuação entre os gestores, para formalização da implantação da estratégia-piloto. Os

seis municípios participantes desta pesquisa-intervenção foram: Araripina e Santa Filomena, ambos no Sertão do Araripe em Pernambuco, Campo Grande (MS), Florianópolis (SC), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Foi possível avaliar o processo de implantação da EBBS nessas localidades por meio de Pesquisa Avaliativa de quarta-geração coordenada por equipe do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz¹⁰ que nos balizou no processo negociado de construção de um modelo lógico, produto valioso desta iniciativa, apresentando-se também como oferta qualificada e disponível para apropriação em experiências assemelhadas. Vale notar que o modelo tem como princípios mais destacados: ambiente facilitador à vida, sinergia, inovação e intersetorialidade. As diretrizes apontam para o fomento às iniciativas locais, fortalecimento de vínculos, grupaldades e cogestão. Surgem como dispositivos fundamentais, os apoiadores matricial e local, o encontro de apoiadores e os grupos executivos locais e nacionais. E a pesquisa avaliativa indicou que, desses, os que mais caracterizaram a fase de implantação da EBBS nos municípios foram respectivamente a intersetorialidade e o fortalecimento de vínculos, sendo a articulação das ações a estratégia mais utilizada. Há uma referência especial aos novos modos de gestão do cuidado que comportam a inclusão dos afetos, visando à promoção de um ambiente facilitador à vida ao cotidiano das redes de atenção à mulher e à criança de zero a 6 anos. Foram apresentados como efeitos esperados da implantação da EBBS:

- Articulação de políticas e adequação de ações ao contexto local para o cuidado integral da primeira infância.
- Mudança nas práticas de gestão e cuidado/ produção de novas práticas a partir da inclusão do tema ambiente facilitador ao desenvolvimento infantil.

- Aumento do protagonismo das famílias na produção de cuidado, considerando sua determinação social.
- Desenvolvimento do trabalho intersetorial entre diferentes atores e serviços governamentais e não-governamentais.
- Aumento do compartilhamento das decisões entre os profissionais da atenção e da gestão.
- Aumento do compartilhamento de práticas de cuidado e Ativação de coletivos voltados para produção de ações de planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.

A experiência bem-sucedida do projeto piloto possibilitou a contribuição da EBBS na construção da proposta de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Fase 2 do projeto, conduzida pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde com a ativa participação dos estados, capitais e DF. Percebeu-se a importância de se lançar mão do apoio institucional para favorecimento deste movimento de aproximação num território continental como o brasileiro. E foram então contratados, como consultores da saúde da criança nos Estados, aqueles que desempenhariam na localidade esta função, definindo-se um por Estado. Mas também aí percebeu-se a necessidade de um trabalho de alinhamento conceitual e operacional, de gestão, para o suporte às ações dos coordenadores nos territórios. As diferenças locais, as questões técnicas e políticas a serem manejadas demandavam uma solução ousada para contemplar os objetivos delineados e os resultados desejados.

Surgiu então a proposta de um arranjo que definiu três grandes eixos, voltados para a construção da PNAISC, tendo como foco o trabalho de articulação desses atores no país: os Eixos de Formação, de Gestão e de Pesquisa. Para cada um deles foi constituída uma equipe. No caso da Formação, a

EBBS se encarregou, com as coordenações técnica e executiva, e com a tutoria.

O processo formativo estrutura-se, assim, a partir de três eixos conceituais: o método cartográfico, as tecnologias grupais e relacionais e a ética do cuidado na área da saúde. Sobre o Eixo 1, Cartografia, compreendemos como Passos e Barros (2010)¹⁵: um modo de (re)conhecer dada realidade com caráter exploratório, implicando no acompanhamento do processo de constituição do próprio percurso que se vai traçar. E isso não pode acontecer “*sem uma imersão no plano da experiência*”, pois “*conhecer o caminho de constituição de dado objeto, equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho*”. A função Apoiador, nesta compreensão, tem o sentido especial de partícipe do cenário em constituição, exigindo atitudes que se alternam em presença, implicação e reserva, como nos apresenta Figueiredo⁵.

A cartografia, enriquecida pelas informações levantadas, e pela sensibilização dos atores do campo, com a participação do apoiador, permite um retrato mais bem delineado dos equipamentos e recursos locais, assim como a formulação de um Plano Territorial mais bem desenhado e negociado do ponto de vista de sua execução para atenção integral à saúde da criança.

Já a aposta nas grupalidades (Eixo 2) considera uma série de elementos que, juntos, favorecerão as decisões necessariamente compartilhadas, fortalecendo o processo de cogestão em implantação ou em andamento, funcionando como ambiente facilitador aos movimentos instituintes e analisador destes e dos espaços instituídos. A metodologia Balint-Paidéia foi bastante utilizada neste trabalho⁴, fomentando a construção de: espaços potenciais de troca, compartilhamento de experiências, inserção (inclusão) das diferenças, novas experimentações (construção em Grupo), mobilização e corresponsabilidade com protagonismo dos sujeitos, mudança

de mentalidades (desafio), ampliação das rodas de conversa, contrato vinculado à demanda operativa do grupo e caixa de ferramentas conceituais (ofertas teóricas).

Sobre o Cuidado (Eixo 3) tivemos a oportunidade de discuti-lo em momento anterior, podendo afirmá-lo como princípio que permeia todo o processo de formação.

E quanto às Ferramentas utilizadas para atingir os objetivos almejados, nesta formulação construtivista, lança-se mão de recursos tais como trabalho com textos, palestras, rodas de conversa e técnicas grupais com relatos de experiências e discussões sobre situações de difícil manejo geradoras de impasses – associando aos encontros presenciais, a utilização da plataforma Moodle de ensino a distância, criando um laboratório de práticas inovadoras.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, após ter sido apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aguarda neste momento sua publicação em Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde do Brasil. Ela considera as diferenças regionais brasileiras, a expressão cultural de suas necessidades e demandas de saúde com a oferta e articulação local dos serviços e suas possibilidades de interação com outras áreas favorecendo arranjos inovadores. Ela oferta princípios, diretrizes e dispositivos que vinculam atribuições e ações diferenciadas nos sete eixos que a compõem e que abrigam todos os níveis de atenção. Ela reconhece e defende o trabalho intersetorial com todos os seus desafios. Mas há algo que a diferencia e que aponta para seu potencial inovador: a mudança de mentalidade que transparece em seu texto quando avança com a questão da integralidade e a compreensão da provisão para a saúde da criança incluindo a saúde mental. Ela se propõe a trabalhar com o desenvolvimento pleno da criança que inclui o de-

envolvimento emocional no estabelecimento das bases para uma vida saudável. Afirmo Winnicott²² que *prover* para uma criança é questão de prover o ambiente que facilite sua saúde mental individual e o desenvolvimento emocional. O que inclui os adultos cuidadores, aliás, muito bem representados na constituição e alinhamento da PNAISC. Talvez o melhor exemplo seja sua busca de articulação com as ações da Rede Cegonha na interface com a saúde das mulheres, e de suas redes também. O período da vida de que trata a Rede Cegonha, já se sabe, vale ouro. Outro exemplo valioso da perspectiva de provisão ofertada pela política é a convicção de trabalhar conteúdos como a empatia na formação de seus profissionais desenvolvendo habilidades e capacidades que ampliam a possibilidade de sintonia nas ações: não se cuida de bebês e de crianças pequenas sem uma identificação com elas, sem perceber, de alguma forma, do que necessitam para além da compreensão intelectual.

Então, para finalizar, podemos afirmar que há no corpo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, uma abertura, uma possibilidade nova, traduzida em princípios, diretrizes e estratégias, com ofertas no âmbito do cuidado, que indicam a expectativa dos bons encontros na realidade que aproxima a Atenção da Gestão e da Pesquisa, considerando a possibilidade cada vez mais concreta da existência de profissionais com tempo, inclinação e disposição para, quase como as mães, saberem o que a criança precisa.



Referências

1. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. Revista Inclusão Social. 2005; 1(1).
2. Bowlby J. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
3. British Broadcasting Corporation – BBC Brasil. Desigualdade social põe saúde materna em risco no Brasil, diz ONG. 2015. [acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/05/150510_savethechildren_parto_ranking_gch_pai
4. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: Campos GW, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 35-60.
5. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: Maia MS, organizadora. Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.
6. Heckman JJ. Policies to Foster human capital. Joint Center for Poverty Research Working Papers 154. Chicago: Northwester; 2000.
7. Mendes CHF, coordenadora. Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília (DF); 2010.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4.ed. Brasília (DF); 2007.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Mais Saúde, Direito de Todos: 2008-2011. 3.ed. Brasília (DF); 2010.
11. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [homepage na internet]. Bolsa Família. Brasília (DF); c2012. [acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
12. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [homepage na internet]. Plano Brasil sem miséria. Brasília (DF):c2012. [acesso em 21 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20/plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>
13. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
14. Mustard JF. Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. [acesso em 20 maio 2015]. Disponível em: <http://www.brookings.edu/views/papers/200602mustard.htm>
15. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 19-31.
16. Pellegrini Filho A. Intervenções individuais vs. intervenções populacionais DSS Brasil, 16 ago. 2011 [acesso em 20 maio 2015]. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2266&preview=true
17. Penello LM. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: Penello LM, Lugarinho LP, organizadores. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – A contribuição da EBBS para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2013.
18. Portal Brasil [homepage]. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; c2012 [atualizado em 2014; acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/redecegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>
19. Temporão JG, Penello L. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. Revista Saúde em Debate. 2010; 34(85):187-200.
20. Terra O. Um grande avanço. Saúde em Debate. 2010; 34(85):204-207.
21. Vieira AL. Uma sociedade desenhada com a colaboração da infância não permitiria o trabalho infantil. São Paulo: Promenino Fundação Telefônica; 2015. [acesso em 22 maio 2015]. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/noticias/reportagens/uma-sociedade-desenhada-com-a-colaboracao-da-infancia-nao-permitiria-o-trabalho-infantil-afirma-educador-espanhol>.
22. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
23. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
24. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equality through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social determinants of Health. Genebra: 2008.
25. World Health Organization. Relatório da segunda sessão da comissão de especialistas em saúde Mental. Genebra: WHO; 1951. (Technical Report 31)