RIO DE JANEIRO, N. 54 - ISSN 0103-4383 - MARÇO 2016

REVISTA Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC - conceitos e experiências nos territórios

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015–2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Isabela Soares Santos
	Liz Duque Magno
	Lucia Regina Fiorentino Souto
	Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda
	José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Cristina Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS (DAPES)
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO (CGSCAM)

CAPA | *COVER*

EBBS - Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança / National Policy for Comprehensive Child Health Care

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | *SCIENTIFIC EDITOR*

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médicini Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | *EDITORIAL SECRETARY*

Lucas Rocha
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras – SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos

REVISTA
Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 54 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, MARÇO 2016

REVISTA Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 54
ISSN 0103-4383
RIO DE JANEIRO, MARÇO 2016

4 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*

10 **APRESENTAÇÃO** | *PRESENTATION*

POESIA | *POETRY*

14 **Vivências E B B S**
E B B S experiences
Fátima Cardoso Cruz Scarcelli

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

15 **Para compreender o conceito de ambiente facilitador e o seu uso na construção de políticas públicas facilitadoras à plenitude da vida**
To understand the concept of facilitating environment and its use in the construction of public policies facilitating to the plenitude of life
Selma Eschenazi do Rosario, Liliane Mendes Penello

26 **Amamentação: primeira experiência de comunicação**
Breastfeeding: first experience of communication
Selma Eschenazi do Rosario, Luciana Bettini Pitombo, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira

35 **Crianças brincam! Considerações sobre o desenvolvimento emocional infantil e a linguagem lúdica**
Children play! Considerations about the child's emotional development and playful language
Marisa Schargel Maia

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

43 **Maternidade não é lugar para morrer: relato de um modo de fazer que fortalece os coletivos nos espaços de nascimento**
Motherhood is no place to die: report of a way of doing that strengthens the collectives in birth spaces
Paulo Germano de Frias, Selma Eschenazi do Rosario, Carmen Viana Ramos, Janaina Japiassu Pereira Veras, Karla Simone Lisboa Maia Damião, Maria Raimunda Gomes Lima, Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins, Vilma Costa de Macedo

57 **O desafio da mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento nas Maternidades Prioritárias do estado do Rio de Janeiro**
The challenge of changing the care model of labor and birth in the Priority Maternity Hospitals in the state of Rio de Janeiro
Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira, Amanda Almeida Mudjalieb

64 **Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras**
Attention to bond and communication of bad news in Brazilian priority maternity hospitals
Carlos Lugarinho, Maria de Lourdes Feriotti, Priscila Magalhães, Suely Marinho

ENSAIO | *ESSAY*

77 **Um sentido para a paternidade**
A meaning for paternity
Carlos Lugarinho, Liliana Maria Planel Lugarinho, Liliane Mendes Penello

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

84 **Processo de formação de consultores estaduais: reflexão conceitual e prática sobre a experiência vivida**
Training process of state consultants: conceptual and practical reflections about the experience lived
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

94 **O que move o nosso trabalho? A experiência do consultor da saúde da criança e aleitamento materno em apoiar as ações nos territórios**
What moves our work? The experience of child health consultant and breastfeeding support actions in the region
Wanêssa Lacerda Poton, Sonia IsoyamaVenâncio, Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira, Daniel Pires de Carvalho, Sílvia Helena de Araújo Carneiro, Vânia Maria Andrade da Rocha, Elizabeth Cruz Müller

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

101 **Construção de confiança e reconhecimento no processo de formação ministrado pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis aos consultores estaduais da saúde da criança do Ministério da Saúde**
Trust building and recognition in the training process lectured by the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis *to state consultants of child health of the Ministry of Health*
Marisa Schargel Maia, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Helga Muller Mengel, Hermila Tavares Vilar Guedes, Maria José Guardia Mattar, Ricardo César Caraffa, Rosimeire da Mota Barros Aires, Sebastião Leite Pinto

111 **Desafios que vêm do Norte: descobrindo e criando espaços como consultor da saúde da criança**
Challenges from the North: discovering and creating spaces as a child health consultant
Luciana Bettini Pitombo, Zeni Carvalho Lamy, Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho, Ana Lúcia Nunes, Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves

121 **Construção da grupalidade como fator de crescimento e qualificação de consultores da saúde da criança**
Groupality construction as a growth and qualification factor for child health consultants
Hermila Tavares Vilar Guedes, Ariane Tiago Bernardo de Matos, Helga Muller Mengel, Maria José Guardia Mattar, Rosimeire da Mota Barros Aires, Sebastião Leite Pinto, Ricardo César Caraffa, Luciana Bettini Pitombo, Marisa Schargel Maia

POESIA | *POETRY*

130 **Encantos da Roda**
Charms of the Circle
Fátima Cardoso Cruz Scarcelli

Editorial

ESTE NÚMERO DA 'Divulgação em Saúde para Debate' é o segundo número dedicado à Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). Esta estratégia é uma:

> [...] Estratégia integrada de Promoção e Atenção no campo materno-infantil (especialmente pop. de 0 a 6 anos) para garantir a todos os brasileiros, qualidade de vida desde seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais, através de novas ofertas de cuidados aliadas às tradicionais dirigidas a mulheres e crianças com a perspectiva de além da sobrevivência, trabalhar pelo crescimento e desenvolvimento integral da criança. (BRASIL, 2016).

A infância tem a peculiaridade de representar o futuro, e é por isso que preservar e cuidar dela hoje deve fazer parte do projeto de desenvolvimento de uma nação. Entretanto, é oportuno perguntar: o que se entende por preservar e cuidar? Isoladamente, a saúde tem baixa potência para melhorar as oportunidades da infância. O que propicia o bem-estar das crianças e lhes garante o crescimento como cidadãos plenos de potencialidades e de direitos é um conjunto de ações, programas e políticas que dizem respeito à moradia, segurança alimentar, educação, lazer, segurança, transporte e saúde e que constituem necessidades humanas básicas.

O sucesso das políticas públicas de redução de miséria e pobreza, aliado à expansão da Rede de Atenção Básica, tem contribuído à melhoria das condições de saúde das crianças. Se o número de óbitos infantis de menores de 1 ano, por mil nascidos vivos, era 47,1 em 1990, ano do início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); em 2011, já havia decrescido para 15,3, e atualmente se situa abaixo de 15. Trata-se de uma redução bem mais acelerada do que a prevista. O Objetivo do Desenvolvimento do Milênio número 4 previa o número de 17,9 por mil até 2015, mas esta meta já foi alcançada em 2010, quando se registrou uma taxa de 17,22. Contudo, persistem grandes desigualdades entre regiões, e crianças pobres correm mais risco de morrer, assim como as nascidas de mães quilombolas e indígenas, que apresentam taxa de mortalidade bem maior do que as crianças nascidas em populações não tradicionais.

Essa situação aponta para a necessidade de promover o desenvolvimento acoplado a políticas públicas que favoreçam a redistribuição de renda e que diminuam as grandes desigualdades sociais. Ao mesmo tempo, acusa também as condições heterogêneas em que ainda se encontra o SUS: grandes avanços ao lado de uma persistente precariedade das Redes de Atenção à Saúde, o que prejudica principalmente os segmentos mais vulneráveis da população. Assim, o tema da XV Conferência Nacional de Saúde, 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro', foi altamente oportuno.

A situação heterogênea e aparentemente contraditória do SUS não decorre da falta de vontade política do setor da saúde pública, pois há evidentes esforços do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e setores da sociedade civil para avançar e dar concretude aos princípios do SUS. Um dos tantos exemplos é a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, quando decidem, em 2007, trabalhar uma estratégia — posteriormente denominada Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) — com o objetivo maior de contribuir para a formulação e para a implantação de uma política de cobertura nacional voltada

à atenção integral à saúde da criança, considerando fundamentalmente o artigo 227 da Constituição Federal, que dedica à criança brasileira prioridade em todas as ações de cuidado.

Contudo, a despeito do empenho de muitas pessoas e entidades na construção do SUS, há vários fatores que obstaculizam gravemente o seu avanço, entre eles: a ausência de uma ampla base política em suporte ao sistema de saúde, a resistência das elites e segmentos da classe média a políticas universais e igualitárias, a preferência de trabalhadores por planos de saúde corporativos mantidos por empresas que, por sua vez, os utilizam como 'benefícios' para seus empregados. Todos estes fatores concorrem para o 'subfinanciamento' do SUS, trazendo graves constrangimentos para a sua consolidação.

O 'subfinanciamento' é agravado pela atual crise econômica que afeta as receitas tanto do governo federal como dos governos estadual e municipal. Porém, uma ameaça maior talvez seja a crise política que se sobrepõe a crise econômica. Essa é sustentada pela grande mídia que se comporta como se fosse representante do capital financeiro e das elites econômicas brasileiras e que dá voz ao discurso neoliberal. Nesse contexto, cresce a pressão para a privatização de serviços públicos e para a redução de gastos com políticas públicas.

Entretanto, a crise tem também um outro lado. O crescimento do desemprego e a redução da renda familiar fazem com que amplie o número de pessoas que recorrem a serviços de saúde do SUS em substituição aos serviços privados. E se, de acordo com a mídia, a maior procura do SUS tornaria pior o que já é ruim, na realidade tende a emergir pressão maior para a efetivação do direito à saúde e à melhoria do sistema de saúde. Essa pressão poderá fortalecer a persistente luta dos movimentos sociais em defesa da manutenção dos direitos sociais consagrados pela Constituição Federal e em favor da democracia.

Considerando o cenário acima descrito, balizados por marcos referenciais nacionais e internacionais que apontam para a construção democrática de uma consciência em saúde como fundamental para sua produção e entendendo que os padrões saudáveis para a vida são construídos desde os seus primórdios, com uma primeira infância favorecedora do desenvolvimento infantil pleno, caminhamos decididamente, por meio da EBBS, com a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

É fundamental destacar nesta iniciativa exitosa entre a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz um aspecto ousado e inovador não só na formulação da política, na metodologia participativa de sua construção, pautada no respeito ao coletivo de agentes que com ela se relacionam, fortalecendo o pacto interfederativo para sua consolidação, como também no seu conteúdo, permeado por princípios humanizadores notáveis, entre eles o do ambiente facilitador à vida, criado e desenvolvido com tanta expectativa pela EBBS.

Aos leitores, sugerimos apreciá-lo em cada um dos artigos aqui apresentados como uma inovação relacional de cunho transformador presente tanto nas ações de formação quanto naquelas de atenção e gestão, embebendo esta política social da generosidade e do cuidado fundamentais à produção de saúde com cidadania plena.

Uma construção que almeja uma sociedade saudável, um mundo saudável, que o terceiro milênio traz como desafio para tornarmos encarnado o cuidado essencial entre os habitantes deste planeta. Queremos, assim, estimular a curiosidade dos leitores a buscar um exercício de aproximação entre esta iniciativa — seus conteúdos teóricos e conceituais, seu modo de fazer e os resultados já obtidos, além daqueles que se queira projetar — e o recente documento divulgado pelas Nações Unidas, com a Agenda 2030. Esta apresenta os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) voltados para as crianças e suas redes de cuidadores,

incluindo os adolescentes, não contemplados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), analisando o que será preciso para que os países e, claro, o nosso Brasil possam alcançá-los.

Cornelis Johannes van Stralen
Presidente do Cebes

Liliane Mendes Penello
Coordenadora da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasileirinhos e brasileirinhas saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional*. [Internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/brasileirinhos_apresentacao_dra_liliane.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.

Editorial

THIS ISSUE THE *'Divulgação em Saúde para Debate'* is the second one dedicated to the *Estratégia Brasleirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS). Such Strategy is:

> [...] an integrated strategy of Care and Promotion in the maternal and child field (especially the population from 0-6 years) to ensure all Brazilians quality of life since its beginnings, stimulating their physical, emotional, cognitive, and social skills and abilities through new offerings of care combined with the traditional ones aimed at children and women with the perspective of beyond surviving, working for the growth and the full development of the child. (BRAZIL, 2016).

Childhood has the peculiarity of representing the future nowadays, and that is why preserving and caring for children should be part of a nation's development project. However, it is appropriate to ask: what is meant by preserving and caring? In isolation, health does not have much power to improve childhood opportunities. What promotes the welfare of children and assures their growth as citizens full of potential and rights is a set of actions, programs, and policies regarding housing, food safety, education, leisure, security, transportation, and health, which constitute basic human needs.

The success of public policies for the reduction of misery and poverty, coupled with the expansion of the Primary Care Network, has been contributing to the improvement of the health of children. If the number of infant deaths under 1 year of age per thousand live births was 47.1 in 1990, year of the beginning of the implementation of the SUS; in 2011, it had already decreased to 15.3, and is currently below 15. This is a much more accelerated reduction than expected. The Millennium Development Goal number 4 predicted the number of 17.9 per thousand by 2015, but that goal had already been achieved in 2010, when it recorded a 17.22 rate. However, there remain large inequalities between regions, and poor children are more at risk of dying, as well as those who are born to *quilombola* mothers and indigenous peoples, who have a higher mortality rate than children born to non-traditional populations.

That situation points to the need to promote development coupled with public policies that favor the redistribution of income and reduce the great social inequalities. At the same time, it also accuses the conditions under which the SUS still is: great advances alongside a persistent precariousness of Health Care Networks, which damages primarily the most vulnerable segments of the population. Thus, the theme of the 15th National Health Conference, 'Quality public health to take good care of the people: a right of the Brazilian people', was highly appropriate.

The heterogeneous and apparently contradictory situation of the SUS does not derive from a lack of political will from the public health sector, as there are obvious efforts from the Ministry of Health, State and Municipal Health Secretariats, Municipal, State, and National Health Councils, and civil society sectors to advance and give concreteness to the principles the SUS. One of the many examples is the joint initiative of the Ministry of Health and the Oswaldo Cruz Foundation when deciding, in 2007, to work a strategy — later renamed *Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis* (EBBS) — with the ultimate goal of contributing to the formulation and the implementation of a national coverage policy aimed at

the comprehensive health care of children, mainly considering Article 227 of the Federal Constitution, which dedicates to Brazilian children priority in all care actions.

However, despite the effort of many people and entities in the construction of the SUS, there are several factors that gravely hamper its advancement, among which: the lack of a broad political base supporting the health system, the resistance from the elites and segments of the middle class to universal and egalitarian policies, the preference for corporate health from workers maintained by the companies, which, in turn, use them as 'benefits' for their employees. All those factors concur to the 'underfunding' of the SUS, bringing great constraints to its consolidation.

The 'underfunding' is aggravated by the current economic crisis which affects the revenue of both the federal as the state and municipal governments. However, an even greater threat might be political crisis that overlaps the economical one. That one is sustained by the mainstream media, which behaves as if it were the representative of the financial capital and the Brazilian economic elites and gives voice to the neoliberal discourse. In that context, the pressure for the privatization of public services grows, as well as for the reduction of spending on public policies.

However, the crisis also has another side. The rise in unemployment and the reduction of the household income causes the growth of the number of people that recur to health services from the SUS in substitution to private ones. And if, according to media, the increased demand for the SUS would worsen that which is already bad, in reality it tends to emerge a greater pressure for the effectiveness of the right to health and to the betterment of the health system. That pressure could strengthen the persistent struggle of social movements in defense of maintaining the social rights guaranteed by the Federal Constitution and in favor of the democracy.

Given the aforementioned scenario, based by national and international benchmarks that point to the democratic construction of a health consciousness as critical to its production, and understanding that healthy patterns for life are built since their inceptions, with an early childhood favoring full child development, we resolutely walk, through the EBBS, along with the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC).

It is essential to highlight in this successful initiative between the General Coordination of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health and the National Institute of Women, Children and Adolescents' Health Fernandes Figueira (IFF) of the Fiocruz a bold and innovative aspect not only in the formulation of politics, in the participatory methodology of its construction, based on respect for the collective of agents with which it relates, strengthening the inter-federative pact for its consolidation, but also its content, permeated by notable humanizing principles, including the life facilitating environment, created and developed with so much expectation by the EBBS.

To the readers, we suggest appreciating it in each one of the articles presented here as a relational innovation of transformative nature present both in the training actions and in those of care and management, soaking this social policy in generosity and in care, which are so fundamental to the production of health with full citizenship.

A construction that targets a healthy society, a healthy world, that the third millennium brings as a challenge to incarnate the essential care among the inhabitants of this planet. We want, thus, to stimulate the curiosity of the readers to seek an approach exercise between this initiative — its theoretical and conceptual contents, its way of doing, and the results already obtained, in addition to those which we want to project — and the recent document released by the United Nations, with the 2030 Agenda. It presents the Sustainable Development Goals

(SDGs) aimed at children and their caregiver networks, including teenagers who were not included in the Millennium Development Goals (MDGs), analyzing what it will take so that countries and, of course, our Brazil can reach them.

Cornelis Johannes van Stralen
President of Cebes

Liliane Mendes Penello
Coordinator of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Reference

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasileirinhos e brasileirinhas saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional.* [Internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/brasileirinhos_apresentacao_dra_liliane.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.

Apresentação

O BRASIL TEM APRESENTADO muitos avanços nos indicadores de saúde da criança nas últimas quatro décadas e, em particular, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de estado. Em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), por exemplo, o País, em 2013, foi reconhecido internacionalmente pela conquista antecipada — e com folgas — do ODM 4, de redução da mortalidade na infância, e, em 2016, teve suas políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno destacadas, por sua abrangência e resultados, em um artigo publicado pela revista *'The Lancet'*, analisando dados sobre o aleitamento em 153 países.

Entretanto, mostrou-se necessária a consolidação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Crainça (PNAISC), com o objetivo de apontar estratégias para universalizar esses avanços para grupos de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, crianças com deficiências etc., bem como garantir não apenas a sobrevivência, mas também o desenvolvimento integral dessas crianças, condição para o exercício da cidadania e a garantia da soberania nacional.

A elaboração de uma PNAISC também veio ao encontro do pleito de entidades da sociedade civil militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, além de organismos como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Para tal, foi publicada a Portaria GM-MS nº 1.130, de 2015, que cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. O objetivo é promover a saúde da criança e o aleitamento materno, a partir da gestação até os 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância (0 a 5 anos) e àquelas populações de maior vulnerabilidade. A Política sintetiza de maneira simples e clara para os gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde os grandes eixos de ações que compõem uma atenção integral à saúde da criança e aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos municípios e regiões de saúde.

A elaboração da Política foi fruto de um amplo processo de construção coletiva, capitaneado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitmaneto Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde, com apoio conceitual e metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fiocruz.

Participaram de sua confecção especialistas, Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) dos estados, o Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS); bem como a sociedade civil por intermédio da Pastoral da Criança e da Rede Nacional Primeira Infância.

Também foram essenciais nesse processo os consultores de saúde da criança do Ministério da Saúde para os estados e seus supervisores, os Consultores Nacionais (CN). Tais atores

foram criados a partir da parceria CGSCAM-EBBS para desempenhar o papel de apoio institucional aos gestores e profissionais de saúde envolvidos com o tema da saúde da criança nos estados, capilarizando as ações e programas propostos pelo Ministério da Saúde e fazendo *feedback* dos territórios para o nível federal.

Nesta obra, será visto um verdadeiro caleidoscópio de experiências desenvolvidas nos territórios por esses atores, nesse efervescente período de formulação e implantação da PNAISC.

Assim, vários capítulos se referem às vivências desses profissionais nesta dificil arena do apoio institucional. Um *locus* frequente em que isso se deu foi o das maternidades do País aderidas à Rede Cegonha, onde desenvolveram trabalho de fomento das boas práticas obstétricas e neonatais, um processo de verdadeira mudança cultural no sentido da humanização e do respeito às evidências científicas. Além da formulação da PNAISC, as ações de implantação dessa rede tematica, com objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal, constituíram as principais missões dos Consultores nos Estados (CE), ocupando seus corações e mentes.

Nesse delicado trabalho, foram apoiados virtual e presencialmente pelos CN, principalmente do ponto de vista da supervisão/suporte ao trabalho de apoio à gestão, e pelos tutores da EBBS, com formação no campo 'psi', em especial quanto a sua formação em apoio institucional.

Dois capítulos se debruçam sobre o inovador processo de formação que lhes foi ofertado, por meio de encontros presenciais e no cotidiano via uma plataforma virtual, em que cada dupla composta por um dos CN e uma das tutoras provia apoio virtual a um subgrupo de 5 ou 6 CE.

Falando ainda das maternidades apoiadas no bojo da Rede Cegonha, a obra descreve como, em 13 delas, a parceria CGSCAM-EBBS viabilizou mais uma experiência altamente original e exitosa de capacitação e apoio às equipes de UTIs neonatais e obstétricas (por meio da metodologia de Grupos Balint-Paidéia) para lidar com a transmissão de notícias difíceis em seu trabalho.

Finalmente, a equipe da EBBS ainda nos brinda com seu conhecimento no campo da psicologia, em particular usando do pensamento de Winnicott, sobre temas tão relevantes para a saúde e o pleno desenvolvimento infantil quanto o 'ambiente facilitador', a 'amamentação', o 'brincar' e a 'paternidade', todos conceitos de essencial compreensão para o entendimento da dimensão emocional da criança, aspecto este primordial de ser protegido e cuidado pelos gestores públicos responsáveis pela implementação das políticas públicas dentro da PNAISC.

Apesar da vastidão de conhecimento e inovação que o leitor acessará nesta publicação, o principal a ser observado, além deste conteúdo, é 'como' tudo isso foi feito, a metodologia participativa que esta maravilhosa equipe da EBBS nos presenteou na formulação da PNAISC e em cada ação analisada nesta leitura. A ela, a gratidão de Brasilerinhas e Brasileirinhos!

Boa leitura!

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Médico pediatra e de saúde pública da Prefeitura Municipal de Campinas – Campinas (SP), Brasil. Ex-Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

Presentation

BRAZIL HAS INTRODUCED MANY advances in child health indicators in the last four decades, particularly after the implementation of the Unified Health System (SUS) as a state policy. In relation to the Millennium Development Goals (MDGs), for example, the country was, in 2013, recognized internationally for the early — and handily — achievement of the MDG 4, of child mortality reduction, and in 2016 had its public policies concerning the promotion, protection and support of breastfeeding highlighted, for their comprehensiveness and results, in an article published in the journal 'The Lancet', analyzing data on breastfeeding in 153 countries.

However, it proved to be necessary to consolidate a National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), in order to point out strategies to universalize those advances for the most vulnerable groups, such as indigenous people, *quilombolas*, children with disabilities etc., as well as to ensure not only the survival but also the integral development of those children, the condition for the full exercise of citizenship, and the guarantee of national sovereignty.

The development of a PNAISC also came to meet the plea of civil society activists of the cause of children's and adolescents' rights, such as the National Network of Early Childhood, the Pastoral of the Child, as well as organizations such as the United Nations Children's Emergency Fund (Unicef) and the Pan American Health Organization (Paho).

To this end, the Ordinance GM-MS nº 1,130 from 2015 was published, establishing the National Policy for Comprehensive Child Health Care. The aim is to promote child health and breastfeeding, from gestation to 9 years of life, with special attention to early childhood (0-5 years) and to those populations most vulnerable. The Policy summarizes simply and clearly to state managers, municipal managers, and health professionals the fundamentals of actions that make up a comprehensive health care of the child and shows strategies and devices for the articulation of actions and of the health services network in health municipalities and regions.

The drafting of that Policy was the result of an extensive process of collective construction, led by the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (CGSCAM) of the Ministry of Health, with conceptual and methodological support of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) from the National Institute of Women, Children and Adolescents Health Fernandes Figueira (IFF), of Fiocruz.

Participants of its manufacturing were specialists, Child Health Coordinations of the State and Municipal Secretaries of Health of the capitals, the National Council of Health Secretaries (Conass) of the states, the National Council of Municipal Health Secretaries (Conasems), the National Council for the Rights of the Child and the Adolescent (Conanda), and the National Health Council (CNS); as well as the civil society through the Pastoral of the Child and the National Network of Early Childhood.

Also essential in that process were the child health consultants of the Ministry of Health for the states and their supervisors, the National Consultants (NC). Such agents were created from the CGSCAM-EBBS partnership to play the role of institutional support to health

managers and workers involved with the issue of child health in the states, better distributing the actions and programs proposed by the Ministry of Health and doing feedback from the territories to the federal level.

In this work, what will be seen is a real kaleidoscope of experiences developed in the territories by those agents, in this effervescent period of formulation and implementation of the PNAISC.

Thus, several chapters refer to the experiences of those professionals in this difficult arena of institutional support. A frequent locus in which this happened was the country's maternity hospitals attached to the Stork Network, where they developed a work of fomentation of good obstetric and neonatal practices, a process of real cultural change towards the humanization and the respect for scientific evidence. In addition to the formulation of PNAISC, the actions of implementation of this thematic network, which aimed to reduce maternal and neonatal mortality, constituted the main tasks of the State Consultants (CE), occupying their hearts and minds.

In this delicate work, they were virtually and physically supported by the CNs, mainly from the perspective of supervision/support to the work of management support, and by the tutors of the EBBS, with training in the 'psi' field, especially regarding their training in institutional support.

Two chapters have addressed the innovative training process which was offered to them, through direct meetings and in daily life via a virtual platform, in which each pair consisting of one of the CNs and one of the tutors provided virtual support to a subset of 5 or 6 CEs.

Still on the maternity hospitals supported in the midst of the Stork Network, the work describes how, in 13 of them, the CGSCAM-EBBS partnership enabled yet another highly original and successful experience of training and support to teams of neonatal and obstetric ICUs (through the Balint-Paidéia Group methodology) to deal with the transmission of difficult news in their work.

Finally, the EBBS team still gifts us with its knowledge in the field of psychology, particularly employing the thoughts of Donald Winnicott, on topics that are so relevant to the health and the full development of the child such as 'enabling environment', 'breastfeeding', 'playing,' and 'paternity', all concepts of essential comprehension for the understanding of the emotional dimension of the child, a primordial aspect to be protected and cared by the public managers responsible for the implementation of public policies within the PNAISC.

Despite the vastness of knowledge and innovation that the reader will access in this publication, the main thing to be observed, in addition to that content, is 'how' all this was done, the participatory methodology that this wonderful EBBS team has offered us with in the formulation of the PNAISC and in each and every action analyzed in this reading. To them, the gratitude of *Brasilerinhas* and *Brasileirinhos*!

Have a good reading!!

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Pediatrician and public health doctor of the City Hall of Campinas – Campinas (SP), Brazil. Former General Coordinator of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health

Vivências E B B S

E B B S experiences

Fátima Cardoso Cruz Scarcelli[1]

E na contextualização do desenvolvimento infantil
no reconhecimento dos determinantes sociais
num movimento de crítica e construção
que o enfrentamento desse jogo social se faz.
No sentir da inquietação que move
forças impulsionam novo caminhar
a partir dos desafios
nas Linhas de Cuidados que estão a se delinear.

Baseadas em evidências científicas
onde absolutamente nada é certo ou errado
mas que a partir de intenso movimento de ressignificação
as diferenças estão sendo priorizadas.
Para entendimento e maior compreensão
do cozer de uma história que se faz
a construção de uma política pública
para o desenvolvimento pleno da Criança brasileira assegurar.

Buscando nas experiências exitosas
em feitos e avanços contabilizados
numa mistura de tempos
a apropriação de novos espaços.
Nas barreiras rompidas e no incessante recriar
guiados por afetos expressos, a arte do empoderar
nesse contexto dialético, presente a grupalidade está
refletindo no compromisso com a sociedade
todo empenho na construção desse novo olhar.

Superação de limites e determinação
ruptura de paradigmas, rotinas ao trabalhar
na colheita desses frutos, o compartilhar
razão de ser do próprio 'Cuidar'.
Assim se concretiza
a proposta inicialmente pensada
com marco histórico
da EBBS alicerçando essa jornada.

[1] Assistente Social. Especialista em administração hospitalar pela Faculdade São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. Consultora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Mato Grosso do Sul.
faticy@gmail.com

Para compreender o conceito de ambiente facilitador e o seu uso na construção de políticas públicas facilitadoras à plenitude da vida

To understand the concept of facilitating environment and its use in the construction of public policies facilitating to the plenitude of life

Selma Eschenazi do Rosario[1], Liliane Mendes Penello[2]

RESUMO Neste artigo, procurou-se apresentar de forma pormenorizada o conceito de ambiente emocional facilitador do psicanalista Donald W. Winnicott, um autor que chamou a atenção para a importância da provisão ambiental como fator preponderante para a formação da personalidade da criança em seus primeiros anos de vida. Para melhor compreensão de suas ideias, procurou-se apresentar também o que ele entende por saúde e doença, tendo em vista que o caminho do desenvolvimento infantil com saúde e em plenitude se refere a esse ambiente que é mais do que um espaço físico, é todo um clima, uma atmosfera que envolve a qualidade do cuidado oferecido durante o período da primeira infância. Ao final do artigo, é feita a conexão entre o conceito do autor e o seu uso estratégico, em sua passagem para a ideia de princípio orientador de ações pautadas por uma ética do cuidado. Ao se pensar sobre a importância da defesa de políticas públicas cuidadoras, que incorporem no seu modo de fazer práticas alinhadas a esse pensamento, chegou-se a uma definição possível do que passamos a chamar de ambiente facilitador à vida: por sua garantia, em sua defesa, por sua intensidade criativa e plena.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento infantil; Apego ao objeto; Políticas públicas de saúde; Saúde da criança; Cuidado da criança.

ABSTRACT *In this article, we sought to present in details the concept of facilitating emotional environment from psychoanalyst Donald W. Winnicott, who drew attention to the importance of environmental provision as a key factor to the formation of personality of the child in its first years of life. In order to better understand his ideas, we sought to also present what he understands for health and illness, given that the path of healthy and in plenitude child development refers to such environment which is more than a physical space, it is an entire atmosphere, which involves the quality of the care offered during the period of early childhood. At the end of the article, it is made the connection between the author's concept and its strategic use, in its passage to the idea of guiding principle of actions ruled by an ethics of care. Thinking about the importance of defending caring public policies, which incorporate in their way of doing practices aligned with that thought, we came to a possible definition of what we then called life facilitating environment: for its assurance, in its defense, for its full and creative intensity.*

KEYWORDS *Child development; Object attachment; Public health policy; Child health; Child care.*

[1] Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *selmarosario@hotmail.com*

[2] Psiquiatra e psicoterapeuta de grupos. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *lpenello@gmail.com*

Introdução

Donald Woods Winnicott foi um médico pediatra e psicanalista que nasceu na Inglaterra em 1896. Segundo os seus biógrafos, ele recebeu uma educação apoiada na liberdade de expressão considerada avançada para os padrões da época. Isso parece ter sido decisivo para a sua formação pessoal e profissional, tornando-o uma pessoa dotada de pensamento crítico e criativo e também avessa a dogmas. Após iniciar seus estudos em medicina, prestou serviço militar como residente em um navio de guerra durante a primeira guerra mundial — o que lhe permitiu lidar com uma diversidade de questões humanas de ordem física e psíquica. Posteriormente, fez residência médica em pediatria, tornou-se o primeiro psiquiatra infantil da Inglaterra e complementou a sua formação como psicanalista de crianças e de adultos.

O seu modo de ser e de pensar, marcado pela expressão de uma linguagem própria e em estilo simples e criativo, fica evidente em todos os seus escritos nos quais procurou transmitir o conhecimento que adquiriu com o atendimento de milhares de bebês e suas respectivas famílias. Em sua carreira, ocupou posições de destaque e dirigiu importantes hospitais infantis londrinos, tendo também trabalhado para o governo inglês como conselheiro e auxiliado no acompanhamento de crianças que foram separadas de suas famílias, por ocasião da segunda guerra mundial. Essa vivência o fez compreender a importância do vínculo das crianças com seus familiares e os efeitos desastrosos desse tipo de separação para o desenvolvimento afetivo de crianças e adolescentes. Também foi esse autor que chamou a atenção para a importância da provisão ambiental como fator preponderante para a formação da personalidade da criança em seus primeiros anos de desenvolvimento. Ele vai chamar atenção para o papel do desenvolvimento emocional do bebê e a sua relação com o que ele chamou de "ambiente emocional facilitador" (WINNICOTT, 1979, P. 39).

Concepção de saúde e de doença

Winnicott (1999B) defendia a ideia de que nenhuma doença é determinada apenas pelos aspectos físicos, sendo fundamental a consideração do componente emocional, pois o psiquismo é, ao mesmo tempo, distinto e inseparável do 'soma'. Para esse autor, o corpo, as emoções e os processos de pensamento funcionam dinamicamente integrados, e essa concepção é determinante para a compreensão do que é saúde psíquica, não como sinônimo de normalidade e nem como uma vida sem conflitos. O que está em questão é o que ele chama de "psicossoma" (WINNICOTT, 2000C, P. 232), essa ligação inegável entre corpo, psiquismo e processos mentais. Tal modo de pensar está em perfeita consonância com aquilo que apregoa, atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), que entende saúde não como apenas ausência de doença e tem uma compreensão mais abrangente que admite o estado saudável pela habilidade de poder lidar com as adversidades da vida, com a preservação da capacidade de criar e de transformar os sonhos em projetos passíveis de realização. Para isso, é preciso que a vida, desde os primórdios, desenvolva-se em uma base de confiança em um ambiente facilitador, aquele capaz de oferecer o devido acolhimento e suporte a fim de que as adversidades sejam enfrentadas. Esse processo é da ordem dos afetos e está em sintonia com a ideia de psicossoma já mencionada, pois esse ambiente cuidador

> [...] possibilita ao indivíduo a chance de crescer, frequentemente em direção à saúde, enquanto que o ambiente que falha, principalmente no início, mais provavelmente levará à instabilidade e à doença. (ABRAM, 2000, P. 25).

Na concepção winnicottiana, saúde psíquica envolve o desenvolvimento de uma linha de continuidade da existência, cabendo, então, à mãe oferecer as condições para que haja uma sequência de cuidados que dê sustentação ao desenvolvimento da criança, sem que essa linha sofra interrupções bruscas[1]. As condições para a aquisição de saúde psíquica devem estar presentes desde o início quando o bebê necessita de alguém muito próximo, oferecendo a ele o acolhimento devido e a proteção contra intrusões ambientais das quais ele ainda não poderá lidar e nem se defender.

O ambiente físico é parte dessa composição de mundo, e nesse início o bebê precisa ser protegido de excessos: barulho e luminosidade demasiados, de mudanças bruscas de temperatura, de incômodos por estar molhado, de sentir fome sem ser saciado, de não poder dormir. Todos os aspectos do cuidado profilático também fazem parte do que chamamos de entorno. Mas é importante ressaltar que o diferencial na idéia de ambiente facilitador é o gesto afetivo cuidadoso e acolhedor, ambiente promotor de condições para que a criança se desenvolva favoravelmente. Quando ela não pode ser protegida de algum tipo de excessos, irá reagir às falhas ambientais que se não forem reparadas a tempo podem ser vivenciadas como experiência traumática, ou seja, algo que está além do seu alcance de compreensão. A mãe é a primeira pessoa que se adapta ativamente às necessidades do bebê, e, nesse sentido, ela se confunde com o que chamamos de ambiente acolhedor. Em condições favoráveis, o ambiente reveste-se de cuidado e ocorre em um "espaço de íntima intimidade" (MACEDO, 1999, P. 16) cultivado entre as figuras parentais e o bebê. Saúde psíquica supõe, portanto, a continuidade de si próprio, favorecendo gradativamente a "integração entre o soma, a psique e os processos de pensamento" (MACEDO, 1999, P. 16). O crescimento sendo assim uma tarefa contínua de integração psicossomática (PHILLIPS, 2006). Esse modo de compreender o que é saúde considera que viver é mais do que sobreviver. Se uma vida é predominantemente pautada pela submissão a preceitos e mandos ou por uma concepção predeterminada de mundo, isso seria apenas sobreviver. O contraponto é a possibilidade do viver criativo que inclui a expressão de espontaneidade, do desenvolvimento da capacidade de confiar, da liberdade de expressão do pensamento, do encanto pela descoberta do mundo e de poder percebê-lo ao seu modo.

A visão winnicottiana de criatividade é de que se trata de uma condição inerente a qualquer ser humano, presente na vida cotidiana. Quando o ambiente inicial é provedor, favorece essa expressão desde cedo. Conforme ele mesmo diz, "viver criativamente constitui um estado saudável e a submissão é uma base doentia para a vida" (WINNICOTT, 1975, P. 95). Essa reflexão é essencial quando se pensa na primeira infância como o período privilegiado da construção da subjetividade, um processo dinâmico e permanente que nos acompanhará por toda a existência.

Ambiente emocional facilitador e a constituição da subjetividade

Buscando melhor compreensão do seu pensamento e da sua importância, para o que trataremos mais adiante como 'ambiente facilitador à vida', faz-se necessário discorrer sobre o conceito de "ambiente emocional facilitador" criado por Winnicott ao observar a relação estabelecida entre a díade mãe-bebê nos diversos casos que acompanhou profissionalmente. De acordo com Dias (2003, P. 131),

> o conceito winnicottiano de 'ambiente' inicial deve ser entendido segundo seus dois aspectos iniciais: a) ele não é externo nem interno; b) ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente

[1] Essas interrupções bruscas é que podem caracterizar, em termos psíquicos, a noção de trauma.

> de um outro que 'ainda não é um outro, separado' ou externo a ele. Encontra-se, aqui, embutida a idéia, cujo alcance psicológico e filosófico está ainda por ser devidamente apreciado, de que a realidade do si-mesmo[2] e a realidade do mundo são constituídas ao longo do processo de amadurecimento, 'no interior da relação mãe-bebê'. A constituição do eu, concomitantemente à construção da realidade intrapsíquica e da realidade externa, só se dá na relação com o outro. [...] O âmbito onde se dá o amadurecimento não é um espaço intrapsíquico, mas inter-humano, um 'entre' a mãe e o bebê.

O desenvolvimento emocional acontece, então, em uma interação entre as tendências herdadas e os fatores ambientais. Para que essa 'química' funcione, a provisão ambiental favorável ao desenvolvimento pleno é aquela que fornece as condições adequadas que facilitem o estabelecimento dos alicerces para a saúde biológica e psíquica do infante. Assim, "prover para a criança é [...] questão de prover o ambiente que facilite a saúde mental individual e o desenvolvimento emocional" (WINNICOTT, 1982C, P. 63).

Isso significa que é a mãe, juntamente com a família, que, inicialmente, adapta-se ativamente ao atendimento das necessidades do bebê. Sozinho ele não sobrevive, pois depende essencialmente do outro para desenvolver o que traz potencialmente em si. É bom enfatizar que, inicialmente, a adaptação precisa ser do ambiente à criança, pois nos casos em que ela é forçada a uma adaptação precoce ao ambiente, o *self* em formação está ameaçado pela quebra na linha de continuidade da existência, e isso para Winnicott (1999B) representa uma possibilidade de adoecimento. Para a criança, o que é experiência traumática em termos psíquicos é aquilo que ela não pode compreender, pois ainda não tem maturação física e emocional para tal, ou seja, algo que ela experimenta como um gesto invasivo, sem que já tenha adquirido maturação para a sua mínima elaboração (PHILLIPS, 2006).

A díade mãe-bebê[3]

Quando Winnicott (1994) afirmou que um bebê sozinho não existe, mas sim um 'bebê e sua mãe', procurou demonstrar que há um processo relacional desde os primórdios, embora do ponto de vista do bebê essa ideia de relação ainda não exista, sendo a mãe (ou seu substituto) a pessoa que instaura o começo de uma comunicação. Para esse autor, "antes das relações ambientais, a unidade não é o indivíduo, a unidade é uma organização meio-ambiente-indivíduo" (WINNICOTT, 2000A, P. 166). Se desejamos ressaltar a singularidade que caracteriza cada ser humano, é preciso dizer que não é a unidade que precede a relação. É a relação com o outro que precede o sujeito, ou seja, é a partir da relação estabelecida com o outro que surge a subjetividade do bebê. O sujeito, portanto, nasce do múltiplo.

Nesse momento da vida, como já dissemos, o ambiente coincide com os cuidados maternos. É a qualidade desse cuidado que possibilita o desenvolvimento da potencialidade que o bebê traz consigo para que a subjetividade seja engendrada conforme os cuidados que recebe. A ênfase recai nos encontros que vão se estabelecendo e ganhando consistência na medida em que a mãe interage com a criança, especialmente quando isso é feito de modo consistente e delicado. Nesse processo gradativo de interação, o bebê vai tomando consciência de que é alguém com corpo e psiquismo próprios, ou seja, vai percebendo seu corpo, seus gestos e começa a interagir de forma mais ativa[4]. A provisão ambiental é o cenário para que a maternagem aconteça pelo manejo e sustentação da criança (WINNICOTT, 2000C). Um ambiente provedor traz a ideia de interação e de vivacidade, de troca ativa entre mãe e bebê, algo que vai se constituindo, 'ganhando corpo' pelos

[2] Dias usa a expressão 'si-mesmo' como correspondente ao termo inglês 'self' que não tem tradução para o português.

[3] Sempre que falamos da figura da mãe no exercício da sua função materna, temos que registrar que isso também se refere às figuras substitutas que exercem também essa função cuidadora (o pai e familiares próximos são exemplos disso).

[4] Por exemplo, seu choro e seu balbucio e gritinhos ganham mais sentido, ele já sabe que são formas de se comunicar.

cuidados físicos adequados à sua sobrevivência, pelas manifestações afetivas e pela manutenção de um entorno razoavelmente estável e seguro.

Essa configuração ambiental modifica-se à medida que a criança cresce e amplia, aos poucos, o campo de compreensão da realidade que a cerca. Esse ambiente não significa que deve haver uma atmosfera de perfeição a ser mantida a todo o custo, pois a vida não é assim. Aos poucos, a mãe ou quem a substitua vai condicionando o atendimento das demandas da criança ao que é possível atender, e a criança vai aprendendo a esperar e a lidar com as exigências do mundo.

Assim, o mundo é apresentado em 'pequenas doses' (WINNICOTT, 1982A,) conforme a capacidade de maturação do seu organismo[5]. Como esse processo precisa ocorrer paulatinamente, o que a criança experimenta requer certa dose de repetição até que possa perceber que possui existência distinta de sua mãe. Contudo para que essa vivência de separação possa ser inscrita psiquicamente como uma conquista dela própria, insistimos, a provisão ambiental deve oferecer essa base estável. É a partir dessa noção que podemos pensar em ambiente emocional facilitador.

Processo de adaptação ativa: a perspectiva materna

Geralmente, ao final da gravidez, a mãe experimenta uma sensibilidade especial que parece suspender a sua atenção para outros segmentos de sua vida, sendo o bebê o foco do seu investimento afetivo. O nome dessa condição peculiar de devoção é "preocupação materna primária" (WINNICOTT, 2000E, P. 399). Trata-se de um estado de profunda identificação da mãe com o seu bebê, desenvolvido gradualmente a partir da gestação e que perdura por algumas semanas após o parto. Para que isso ocorra a contento, é preciso que a adaptação ambiental seja favorável de modo que a mãe possa responder às necessidades do bebê como se fosse parte dele e, ao mesmo tempo, não abrir mão dos seus próprios referenciais identificatórios. Nesse processo relacional, a mãe também está em permanente movimento de constituição e enriquecimento dessa identidade materna, porque ela também está aprendendo com o seu bebê a ser mãe. Mesmo que já tenha sido mãe, ela passará por um processo de descoberta desse novo rebento e o fará a partir de sua adaptação ao jeito da criança.

Já depois do nascimento, o ato de amamentar[6] é o momento em que a mãe está em pleno processo relacional com o lactente, em que todos os sentidos corporais estão a serviço, além da nutrição, da comunicação entre ambos: a mutualidade do olhar, a textura, temperatura e sabor do leite, o toque mútuo da pele, a escuta dos ruídos e balbucios, as batidas do coração materno, o ritmo que o bebê imprime ao sugar com as devidas pausas para melhor respirar. A mãe "organiza um cenário para que a amamentação possa ocorrer" (WINNICOTT, 1982B, P. 49), e esse gesto pode ser um exemplo de ambiente facilitador. A comunicação que se estabelece entre mãe e filho, nesses momentos é promotora de subjetivação, sendo por meio desse relacionamento dual que o bebê "vai configurando o que será percebido, aos poucos, como meio ambiente" (WINNICOTT, 1982B, P. 50). Essas descobertas são essenciais não só para o seu desenvolvimento físico como também para a organização do seu psiquismo.

Entretanto, para que a mãe exerça os devidos cuidados, é preciso que também esteja amparada por cuidados ambientais que lhe propiciem cumprir a função que dela se espera. Temos que ressaltar que não se trata de um ambiente perfeito e idealizado, mas que seja suficientemente facilitador para que haja um fluxo contínuo de cuidados, tanto da mãe com o seu bebê quanto do

[5] Por exemplo, haverá momentos de aquisição maturacional que o deixará apto a manter a cabeça ereta, a poder se sustentar sentado, aprender a andar, começar a falar e a elaborar os fonemas; ou seja, a aquisição das habilidades motoras, gestuais, fonéticas, intelectuais etc.

[6] Para aprofundamento, ver o artigo sobre amamentação que consta nas páginas 26-34.

entorno para com a mãe.

Uma imagem que favorece a compreensão do termo ambiente facilitador é o de uma bolha inflada que precisa de uma pressão interna em contraposição a outra externa para que a bolha se mantenha intumescida. Winnicott diz: "se a pressão externa adapta-se ativamente à pressão interna, o elemento central da situação será a bolha, ou seja, o eu do bebê" (WINNICOTT, 2000D, P. 264). Quando o equilíbrio entre pressão interna e externa não existe, o que predomina é a força ambiental (externa) que, assim, impõe um padrão dominante. Isso significa que o bebê precisará se adaptar reativamente ao que o ambiente dita, e se essa situação se torna um padrão predominante, o bebê não pode criar a sua própria concepção de mundo e reconhecer a realidade que se apresenta ao seu próprio modo, com seus limites e possibilidades; será preciso sempre contar com a necessária mediação entre o percebido e o que é vivido, para que ele possa conceber o seu modo pessoal de perceber o mundo e se expressar segundo a sua singularidade.

Nesse processo de desenvolvimento, a ênfase é no vínculo que se estabelece entre mãe e filho, algo essencial para a criação de bebês mais saudáveis, mais felizes e em melhores condições de interagir e contribuir para produção e manutenção de um ambiente sustentável. A experiência de aquisição de vínculo é de suma importância e se dá pelos laços estabelecidos e intensificados entre o bebê e a mãe, que vai, gradativamente, oferecendo a possibilidade de alargamento desse universo perceptivo.

Sobre os caminhos do desenvolvimento infantil

Cada bebê é "uma organização em marcha" (WINNICOTT, 1982A, P. 29), um caminho pautado pela integração de suas primeiras experiências, que vão adquirindo conotação simbólica, intensificada pela aquisição da linguagem, do pré-verbal ao verbal. Quando o bebê começa a se reconhecer como pessoa, na verdade, já experimentou um complexo processo de diferenciação no qual ele, que no início sequer tinha condições de se reconhecer como um ser, progressivamente vai construindo o seu modo de lidar com a realidade externa, agora de modo compartilhado. Todavia esse é um processo que não termina, ou seja, nada fica pronto, pois a construção da subjetividade é algo permanente e que nos acompanha para sempre. Um período importante é aquele em que a criança já se reconhece como alguém singular, quando ela já pode usar o pronome 'eu', ao se referir a si mesma. Quem convive com crianças pequenas pode reparar que, nas primeiras manifestações verbais, ela costuma referir-se a si própria, inicialmente, na terceira pessoa. Somente depois de conseguir se perceber como pessoa total e como alguém separado de sua mãe é que começa a usar o pronome 'eu'. Nesse momento, a criança atinge a condição do "eu sou". Somente depois disso poderá alcançar a condição do "fazer". Conforme diz Winnicott, inicialmente é o "eu sou", ou seja, primeiro vem o ser e depois o "fazer" (1999C, P. 41).

Quando a criança atinge esse estágio de pessoa total, passa a se interessar pela amplitude ambiental. Surge o desejo de sair de uma espécie de redoma protetora representada pelo cercadinho onde costuma ser posta para que possa brincar sob o olhar materno. Nessa aventura de saída do cercado é como se as fendas passassem a se alargar, e quando se percebe, a criança já está do lado de fora. Entretanto essa saída costuma ser oscilante pelo desejo de ousar explorar o ambiente e a um só tempo retornar ao colo acolhedor. Para quem cuida de crianças, esse é um movimento bem perceptível e deve ser respeitado, a não ser quando a criança está doente ou cansada, sendo o caso em que o "o cercado é novamente fechado para seu próprio benefício"

(WINNICOTT, 1993, P. 49).

A metáfora do cercado sendo expandido é interessante porque o autor parte do primeiro elo, primordial, que são os braços maternos, envolvendo a criança e fornecendo-lhe segurança. Esse gesto se amplia com a inclusão do pai, dos familiares mais próximos, do próprio ambiente físico do lar, além dos arredores, a partir das primeiras saídas desse ambiente doméstico e quase sempre protegido, tais como: idas ao médico, banhos de sol, visita ao parquinho etc. Isso representa algo que se desenvolveu naturalmente a partir do abraço da mãe que envolvia o seu bebê até a saída do cercado, estando pronto para vivenciar um novo grupo, um novo cercamento, ao menos durante algumas horas de cada dia. Depois de um tempo e com a familiaridade dessa rotina, a criança está em condições de ir à creche ou à escola (WINNICOTT, 1993).

Essa concepção foi desenvolvida pelo autor e por seus comentadores de forma mais ampliada dando origem ao que se chamou de teoria dos 'círculos sociais', descrita nos seguintes termos:

> [...] a contribuição dos pais para a família que eles estão construindo depende muito de sua relação geral com o círculo maior em volta deles, seu meio social mais próximo. Pode-se pensar em círculos cada vez maiores, cada grupo social dependendo, para o que ele é interiormente, do seu relacionamento com o grupo social externo. Naturalmente os círculos se sobrepõem. (WINNICOTT *APUD* MELLO FILHO, 2004, P. 176-177).

Mello se apoia também nas concepções de Davis e Wallbrige (1982, P. 162) para descrever que a ideia dos círculos sociais tem início desde o momento em que o pai, no exercício do que chamamos de função paterna, pode oferecer desde o início a proteção necessária à díade mãe-bebê, sendo esse gesto considerado como o primeiro elo desses círculos. A expansão das relações representaria o segundo círculo com a inclusão dos familiares e pessoas que nesse momento têm maior proximidade da mãe e do bebê. Com o decorrer do tempo e com a entrada da criança na creche e/ou na escola, um terceiro círculo se delineia, representado pelo próprio ambiente escolar, colegas, professores. O quarto círculo seria constituído pelo ambiente da rua da moradia e por todo o entorno que caracteriza o bairro. Se ampliarmos essa cartografia territorial — que na verdade trata-se de um processo que tem uma importante dimensão afetiva, pois essa expansão depende de uma maturação biológica, mas principalmente da confiança que a criança tem na sua retaguarda (pais) e que a incentiva para ir adiante — encontraremos os quinto e sexto círculos, representados pelas demais regiões que circundam o bairro e também pela periferia da cidade. O sétimo círculo é o país onde se vive.

> Cada círculo exerce uma pressão para não ser ultrapassado. Se a pressão é muito intensa temos o círculo rígido e o indivíduo tende a ficar em casa, a não sair, a não procurar amigos. Se o círculo é frouxo, dá-se uma tendência centrifuga, a nunca estar em casa, ganhar a rua, à vadiagem. Os círculos representam uma relação dialética entre o risco e a segurança. Ultrapassar cada círculo é um risco, um desafio à segurança. A tendência ao desenvolvimento gera os riscos e a necessidade de segurança [...] gera prudência que, se exagerada, leva ao imobilismo. (MELLO FILHO, 2004, P. 176-177).

Retomemos, então, as nossas ideias iniciais a fim de situarmos o que Winnicott nomeia como ambiente facilitador, uma vez que a sua teoria do desenvolvimento emocional enfatiza a importância do ambiente sobre a saúde emocional do bebê. Quando ele diz que existem dois modos básicos pelo qual o ambiente se manifesta, nomeados como ambiente não suficientemente bom —

> que distorce o desenvolvimento do bebê — e como o ambiente suficientemente bom — que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes (WINNICOTT, 2000E, P. 399)

podemos deduzir que, na realidade, o autor se refere a modos de expressão que vêm do ambiente. Winnicott não está tratando aqui de atribuir valores universais ao ambiente, o que incorreria em situar aquilo que ele pensa a respeito desse cuidado ambiental, na categoria de bem e mal, como se houvesse verdades preestabelecidas a esse respeito. No nosso entendimento, o que ele está dizendo é que existem bons e maus encontros na relação bebê-mãe ou bebê-ambiente. Se a parcela que é vivida como persecutória não for força dominante na relação, temos um bom encontro, uma composição de forças, uma potência que se expressa pelos afetos engendrados por aquilo que se experiência.

O caminho de seu desenvolvimento com saúde e em plenitude refere-se a esse ambiente que é gradativamente apropriado de modo a conduzi-lo na invenção (porque é mais do que uma descoberta) de sentidos para o que reconhecerá doravante como realidade e que o situará em um posicionamento diante do mundo que permitirá que ele venha a fazer uso dessa realidade de modo compartilhado. Caso o ambiente não funcione a contento, ou seja, com o predomínio de processos que não permitam que ele se defenda a não ser por sintomas patológicos, a experiência é de adoecimento.

Para completar a compreensão do ambiente facilitador, especialmente nos primeiros anos do desenvolvimento infantil, é preciso ressaltar que "[...] os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados," (WINNICOTT, 1990, P. 179). Ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias, ou seja, são experiências que farão parte de nossa herança psíquica, registradas em nosso corpo e em nossa memória inconsciente. Todavia são experiências que poderão ser 'acionadas' como recurso de repetição de como cuidaremos de nossos descendentes. As mães, em todo esse percurso inicial, fazem uso das suas "memórias de maternagem" (WINNICOTT, 2000E, P. 401) ao cuidarem dos seus bebês. Talvez possamos pensar que isso possa valer também para os pais.

Do conceito de ambiente emocional facilitador ao princípio orientador de políticas públicas cuidadoras: o ambiente facilitador à vida

Discorrer sobre o ambiente facilitador ao pleno desenvolvimento das nossas crianças implica em percebermos a importância da mãe, inicialmente, e de quem a substitua nos cuidados com seu bebê, para que, em confiança, vá se desenrolando todo o processo acima descrito. Os círculos sociais que se ampliam para esse cuidado precisam responder a questões tão fundamentais quanto: e se (ou quando) a mãe/cuidador vive conflitos ou impactos ambientais que não permitem que exerça a provisão esperada? Os motivos podem variar, mas o que está em jogo é a saúde ou, muitas vezes, a vida da criança. Desde as doenças maternas, a ausência da figura paterna em sua concretude ou função, a fragilidade dos vínculos com a família e amigos, a inexistência de redes de suporte alternativas providas pela sociedade e/ou pelo estado, além de outros fatores que venham impactar direta ou indiretamente sobre o cuidador, devem ser motivo de nossa atenção, ao nos disponibilizarmos por uma oferta de atenção integral à criança.

Quando Winnicott chama nossa atenção para o valor incomensurável do "lar comum" (1999A, P. 257), único contexto em

que se pode criar o fator democrático inato favorecendo a construção dos caminhos de cada ser humano rumo à sua independência, ele nos alerta para esse papel da construção de ambientes democráticos de suporte ao desenvolvimento, que em geral as famílias, em suas diversas configurações, podem oferecer, com espaço para criatividade de expressão de cada qual, favorecidos pelos principais cuidadores na produção de saúde e vida com qualidade.

Nossa reflexão é de que, se estes cuidadores vivenciam, eles mesmos, momentos difíceis, gerados, por exemplo, pela falta de emprego, condições inadequadas de habitação, ausência de lazer, não disponibilidade de creches ou escolas para suas crianças, escassez de oferta de serviços de saúde e de assistência social, experimentando toda sorte de violências que a realidade tem nos mostrado, incluindo as domésticas, estamos falando do impacto causado pelos Determinantes Sociais da Saúde (BUSS; PELEGRINI, 2007, P. 77) sobre o bem-estar, a vida, a saúde deste(s) cuidador(es), e claro, direta ou indiretamente sobre a criança.

Isso fala da importância de construirmos e orientarmos nossas políticas públicas voltadas para a Atenção Integral à Criança observando com seriedade o lugar apontado por elas aos seus cuidadores. As ofertas do Bolsa Família[7] e do Plano Brasil Sem Miséria com o Programa Brasil Carinhoso[8], iniciativas do Governo Federal, podem ser considerados nessa perspectiva. Entretanto é preciso ampliar o conceito de cuidado, conforme Boff (2012), para aquele 'essencial' que nos antecede a todos para a existência como humanos, único a dar base verdadeiramente sustentável à vida com qualidade. E isso deve incluir o cuidado com os cuidadores profissionais, que desconsiderados em seu registro de pessoa total nos seus coletivos de trabalho, dificilmente conseguirão transmitir em suas ações o acolhimento em sintonia com quem deles necessita.

Assim, consideramos a importância da defesa de políticas públicas cuidadoras, que incorporem no seu texto princípios e modos de fazer, com práticas alinhadas a este pensamento. Citamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança[9], construída por iniciativa conjunta entre a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde, como um bom exemplo do que aqui se coloca. A Política apresenta entre seus princípios a consideração ao Ambiente Facilitador à vida.

Com essa alusão, queremos destacar a importância da consideração do ambiente emocional facilitador ao pleno desenvolvimento infantil, criado e defendido por Winnicott (2000E), como tivemos a oportunidade de acompanhar nesta leitura, e sua passagem a um princípio orientador de ações de cuidado, éticas e includentes, trazendo para o cuidado a ser transmitido às crianças e suas famílias a existência, os saberes, as experiências compartilháveis, e em interações virtuosas de seus cuidadores, incluindo-os no processo de cuidado. Esta uma definição possível do que passamos a chamar de Ambiente Facilitador à Vida: por sua garantia, em sua defesa, por sua intensidade criativa e plena. Para todos.

Conclusão

Pretendemos com este artigo trabalhar mais profundamente o conceito winnicottiano de ambiente emocional facilitador por acreditar que o sucesso de uma nova existência humana dele depende para se realizar. Ele nos oportuniza o destaque para esses momentos iniciais da vida com a fundamentação de uma base sólida em termos de saúde física e psíquica, e sua relação

[7] Para saber mais detalhes, consultar: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em: 6 fev. 2016.

[8] Para maiores informações, consultar: <http://mds.gov.br/assuntos/brasil-sem-miseria>. Acesso em: 6 fev. 2016.

[9] Para maiores informações, consultar: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 6 fev. 2016 .

com o mundo, o entorno, apresentado em pequenas doses pela mãe ou alguém que a substitua, de forma amorosa e desejante, expandindo-se por diferentes círculos sociais. A importância de continuar desde o ambiente emocional facilitador ao pleno desenvolvimento infantil a uma função demandada ao Estado pela oferta possível de políticas públicas 'cuidadoras', no sentido de ofertar uma atenção integral à saúde das crianças, pautada em princípios éticos e humanizadores, fala de uma compreensão da ampliação dos círculos sociais com a presença indubitável do Estado provendo ações pautadas em princípios como o do Ambiente Facilitador à Vida, apresentado por Penello e Lugarinho (2013) criado e desenvolvido pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e que hoje permeia e enriquece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, tomada aqui como exemplo.

Colaboradores

Todos os autores foram responsáveis pela concepção do artigo, busca bibliográfica e descrição das experiências em seus territórios. Selma Eschenazi do Rosario redigiu a primeira versão, e Liliane Mendes Penello contribuiu na versão submetida, aprovando a versão final.

Financiamento

Os autores declaram que foram bolsistas do Projeto Formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) do MS desenvolvendo ações em pelo menos um dos três eixos de ação do projeto: gestão, formação ou pesquisa. O projeto foi financiado pelo Fundo Nacional de Saúde via Convênio com o IFF/Fiocruz. ■

Referências

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott*: dicionário de palavras e expressões. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BOFF, L. O que significa mesmo o cuidado? *Instituto Humanistas Unisinos*. 2012. Disponível em: < http://www.ihu.unisinos.br/noticias/509672-o-que-significa-mesmo-o-cuidado>. Acesso em 16 fev. 2016.

BUSS, P. M.; PELEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais, *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço:* uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DIAS, E. O. A *Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

MACEDO, H. O'D. *Do amor ao pensamento:* a psicanálise, a criação da criança e D. W. Winnicott. São Paulo: Via Lettera, 1999.

MELLO FILHO, J. "Desenvolvimento e Família". In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.165-204.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Instituto

Fernandes Figueira, 2013.

PHILLIPS, A. *Winnicott:* Adan Phillips. 2. ed. São Paulo: Ideias & Letras, 2006.

WINNICOTT, D. W. Algumas reflexões sobre o significado da palavra "democracia". In: _____. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999a, p. 249-271.

_____. Ansiedade associada à segurança. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 163-165.

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O conceito de indivíduo saudável. In: _____. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999b, p. 3-22.

_____. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982a.

_____. Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 332-346.

_____. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. Memórias do Nascimento, Trauma do nascimento e ansiedade. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000d, p. 254-273.

_____. A Mente e sua relação com o Psicossoma. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 218-232.

_____. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. Observações Adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In: _____. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 59-61

_____. Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In: _____. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982b, p. 49-54.

_____. Preocupação Materna Primária. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000e, p. 399-405.

_____. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982c, p. 63.

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O Ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979, p. 38-54.

_____. Sum: Eu sou. In: _____. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999c, p. 41-52.

Amamentação: primeira experiência de comunicação

Breastfeeding: first experience of communication

Selma Eschenazi do Rosario[1], Luciana Bettini Pitombo[2], Jane Gonçalves Pessanha Nogueira[3]

[1] Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *selmarosario@hotmail.com*

[2] Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *lupitombo@yahoo.com.br*

[3] Psicóloga e Psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *ebbs.jane@gmail.com*

RESUMO Este artigo é a versão escrita das ideias trabalhadas na oficina 'O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação com o processo de amamentação' voltada para um grupo de profissionais da área de saúde. Nela, tomamos como premissa discorrer sobre a importância da experiência de amamentação do ponto de vista do desenvolvimento emocional do bebê, procurando demonstrar que esse momento vai além dos aspectos ligados à nutrição e ao desenvolvimento fisiológico do infante. A constituição da subjetividade se funda primordialmente em uma matriz relacional encarnada na díade mãe-bebê, e a amamentação faz parte desse processo. A amamentação é um elemento essencial na composição do ambiente favorável ao desenvolvimento saudável de uma criança.

PALAVRAS-CHAVE Aleitamento materno; Desenvolvimento infantil; Promoção da saúde; Relação mãe-filho; Apego ao objeto.

ABSTRACT *This article is the written version of the ideas developed in the workshop 'O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação com o processo de amamentação' focused on a group of health professionals. In it, we take as a premise to discuss the importance of the experience of breastfeeding from the point of view of the emotional development of the baby, trying to demonstrate that such moment goes beyond the aspects concerning the nutrition and physiological development of the infant. The constitution of subjectivity is based primarily on a relational matrix embodied in the mother-infant dyad, and breastfeeding is a part of that process. Breastfeeding is an essential element in the composition of the facilitating environment to the healthy development of a child.*

KEYWORDS *Breast feeding; Child development; Health promotion; Mother-Child relation; Object attachment.*

Introdução

Este manuscrito é a versão em texto das reflexões desenvolvidas na oficina 'O desenvolvimento emocional do bebê e sua relação como processo de amamentação'. O evento foi parte do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) voltado para os consultores estaduais da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) nos 27 estados brasileiros e no Distrito Federal[1]. Nessa atividade, abordou-se a importância da experiência da amamentação do ponto de vista do desenvolvimento emocional do bebê, procurando demonstrar que o momento da amamentação vai além dos aspectos ligados à nutrição e ao desenvolvimento fisiológico do infante.

Compartilhar essa temática com profissionais ligados à gestão amplia a compreensão do que está em jogo quando o que se pretende é o desenvolvimento de boas práticas no âmbito da amamentação e do cuidado com a criança. Criar um ambiente favorável para esse momento implica acolher o bebê e sua mãe, com todas as dificuldades e variações surgidas durante o ato de amamentar. A singularidade e a imprevisibilidade inerentes a qualquer encontro intersubjetivo precisam ser incluídas e acompanhadas, dialogando com as eventuais prescrições instituídas em dado sistema ou serviço de saúde. Contar com conhecimento oriundo do campo dos estudos sobre o desenvolvimento emocional infantil instrumentaliza as equipes para um manejo mais sensível desse processo. A constituição da subjetividade se funda primordialmente em uma matriz relacional encarnada na díade mãe-bebê, e a amamentação faz parte desse processo. A amamentação é um elemento essencial na composição de um ambiente que favoreça o desenvolvimento saudável de uma criança.

Momentos iniciais

Todos nós sabemos que quando um bebê vem ao mundo, o que ele mais precisa é encontrar um ambiente hospitaleiro. É preciso que essa recepção ocorra sobre uma base segura, que pode ser descrita pelo modo como ele é amparado e acolhido no próprio ato do nascimento.

Segundo o pediatra e psicanalista D. W. Winnicott, a ideia de sustentação envolve o modo como o bebê é segurado, de maneira confiável e acolhedora, por quem o recebe e dele cuida desde os primeiros minutos da vida (WINNICOTT, 1996). Essas serão as primeiras marcas, os primeiros registros de uma vida psíquica que ora se inicia, já que o bebê é totalmente dependente do outro para que o seu desenvolvimento ocorra de modo promissor.

Para o bebê, o ato do nascimento é importante porque nesse momento ocorre uma mudança expressiva, uma experiência radical de passagem de um estado ambiental para outro. Até então, ele se desenvolveu e habitou o útero materno, vivia envolto pela placenta, banhado pelo líquido amniótico, respirando e se nutrindo através do cordão umbilical que o ligava irremediavelmente à sua mãe. A partir do seu nascimento, é necessário que se situe espacialmente, de um outro modo que se adapte a um ambiente diferente daquele em que estava envolto, precisando não só respirar por ele mesmo como também se comunicar pelo choro, para demonstrar o seu incômodo e ser atendido em suas necessidades.

Existem duas situações inéditas com as quais o recém-nascido tem que lidar logo após o nascimento: o início da respiração e a primeira experiência com a ação da gravidade que ainda não havia entrado em cena na vida intrauterina. Dentro do útero materno, o bebê estava habituado a ser contido em todo o seu redor, e após o nascimento a configuração ambiental é totalmente modificada. Essa mudança relacionada à gravidade pode

[1] Esse evento foi realizado em Brasília em maio de 2013 (PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

interferir na sensação espacial que tem o bebê. Por isso a importância decisiva do gesto de sustentar o bebê, que Winnicott (1996) considera mais do que um mero gesto. Esse autor o define como uma função relevante ao desenvolvimento afetivo. Trata-se da função *holding*, que ele descreve assim: segurar com os braços e envolvê-lo com o calor de seu corpo, por todos os lados, de modo a aproximá-lo da situação ambiental em que vivia anteriormente. Do ponto de vista afetivo, isso significa que: se antes o bebê era envolto em um tipo de experiência em que era "amado [cuidado] por todos os lados", a alteração dessa condição passa a ser a de que "é amado [cuidado] de baixo para cima" (WINNICOTT, 1996, P. 53). Por essa razão, o cuidado materno de segurar o bebê fisicamente e acolhe-lo em seus braços é considerável, e isso deveria valer também para os profissionais que o recebem no momento do parto. Vale ressaltar que essa sustentação não é apenas de caráter físico, tendo também uma função constitutiva, ou seja contribui para a formação da subjetividade.

Passar por uma mudança dessa natureza requer do bebê uma adaptação que está longe de ser trivial e de caráter apenas fisiológico. Há um grau de exigência para que ele processe essa adaptação, mas sozinho não conseguiria. Nesse momento, é absoluta a dependência da provisão ambiental, sendo necessário que alguém se coloque à sua disposição. Ou seja, é o ambiente que precisa se adaptar ao bebê e, na maioria das vezes, ele coincide com os cuidados maternos. O ambiente, nos primórdios, é a mãe.

A maternidade e o contexto ambiental

A partir do final da gravidez, a gestante costuma desenvolver uma qualidade que a faz envolver-se intensamente com a questão da maternidade, estando inteiramente dedicada a essa experiência. Essa condição é chamada por Winnicott de "preocupação materna primária" (2000B, P. 399) e perdura por algum tempo após o nascimento do bebê. Nesse estado, ela é capaz de compreender as necessidades de seu bebê sem que haja uma experiência prévia ou instrução de alguém. Essa condição faz com que a mãe esteja atenta e sensível. Há uma especial disponibilidade que a habilita a dar a adequada resposta às demandas que lhe são dirigidas. A mãe fica em permanente estado de alerta, com os sentidos apurados que a fazem perceber qualquer reação do bebê. Esse é um estado passageiro de total devoção. Muitas mulheres, por temerem não retornar à sua condição anterior, não conseguem experimentar essa intensa identificação com bebê, um processo que tem como referencial as memórias de sua própria maternagem, quando ela nasceu (DAVIS; WALLBRIDGE, 1982). Quando acontece um impasse dessa natureza, isso exige especial cuidado e atenção dos familiares e profissionais que a acompanham, para que o sofrimento e os possíveis danos, para ambos, sejam minimizados. Um acolhimento que se faz necessário para que a mãe possa exercer a função materna de modo favorável ao vínculo em construção.

Quando essa recepção primeira se dá de modo cuidadoso, o que o bebê experimenta é registrado como a continuidade do viver. Temos aqui a ideia de uma 'linha de existência da vida' que se iniciou no espaço intrauterino e que por ocasião do nascimento não sofreu nenhuma interrupção brusca. É inevitável que alguma descontinuidade exista e que o bebê leve algum tempo para recuperar o sentimento de continuidade, que só pode ser resgatado desde que as condições de cuidado favoreçam a esse processo. Isso pode ser feito, por exemplo, pelo imediato contato pele a pele logo após o parto, quando ele é colocado sobre o corpo da mãe, próximo ao seio e sendo envolto pelos seus braços. Esse seria um modo de promover a recuperação dessa continuidade, levando o bebê a experimentar um estado de quietude, ficando ali, meio que embalado pelo corpo materno para que tenha tempo de se recuperar e de se preparar para buscar o

alimento (DIAS, 2003).

A importância do contexto ambiental que envolve a experiência do nascimento de uma criança vai além da atenção e cuidado dos seus pais e familiares, sendo relevante também que a equipe de profissionais envolvida nesse instante crucial da vida seja consciente e sensível quanto aos cuidados oferecidos, que devem ser providos tanto quanto as competências técnicas. O mundo é apresentado aos poucos ao bebê pela sua mãe ou por alguém no exercício dessa função. Alguém que encarna o ambiente, que pode ser ou não provedor. Se a provisão ambiental ocorre a contento, temos aí o que Winnicott chamou de "ambiente facilitador" (1979, P. 43).

Este ambiente, que se institui em torno do nascimento de um bebê, foi valorado por Winnicott como um ambiente potencialmente facilitador. Para o bebê, no início o ambiente é subjetivo, ou seja, não é exclusivamente externo ou interno, sendo um e outro ao mesmo tempo. O sentido de externalidade ainda está por vir, e "só então o ambiente será visto como externo e, mesmo assim, não inteiramente e nem sempre" (DIAS, 2003, P. 67).

A base do relacionamento humano

Segundo Winnicott, um recém-nascido nunca pode ser compreendido isoladamente porque sempre se trata de um bebê e sua mãe. O seu nascimento psíquico é de cunho relacional, sendo o contato com o ambiente algo sempre da ordem do encontro (ROSARIO, 2007). Como o bebê em seus primeiros momentos de vida extrauterina é muito suscetível aos estímulos externos (condições de tato, temperatura, luminosidade etc.), é desse contato inicial que ele se 'nutre', por isso a necessidade do exercício da função materna para que ele possa se desenvolver de modo saudável. A construção desse vínculo envolve a confiança que a mãe vai transmitindo ao filho pela interação que estabelece com ele. O que entra em cena é o pronto atendimento às suas necessidades (cuidados profiláticos). Isso envolve também o modo de se comunicar com ele através do olhar, das entonações de voz, dos códigos de linguagem estabelecidos ('manhês'[2]); dos seus gestos e do modo como brinca com ele. O que está em jogo é uma comunicação mais sutil, que faz com que a mãe entre em sintonia com o seu bebê, adaptando-se a ele e levando em consideração os seus ritmos, grunhidos de desconforto, primeiros sorrisos etc.

Vale reafirmar que o desenvolvimento psíquico do bebê é um fenômeno complexo que inclui o seu potencial (tendências herdadas) e mais o que ele recebe e experimenta da provisão ambiental. O modo como ele processa e elabora essa experiência importa porque se trata do uso que ele faz das vivências de trocas com a mãe, seu ambiente primordial. Desde o início, o aspecto relacional entra em cena, pois se trata de alguém que ao oferecer suporte físico e afetivo ao bebê, estabelece com ele uma comunicação a partir do próprio corpo, especialmente durante a amamentação. Esse é um tipo de cuidado que possibilita, minimamente, manter o fluxo de continuidade de sua existência para que ele possa "seguir sendo", sentir que existe (WINNICOTT, 1999, P. 41).

Nesse processo, o bebê vai alternando experiências de atividade e repouso. Quando acorda e tem fome, está mais excitado. Após a amamentação, se está saciado, costuma aquietar-se e dormir. Conforme avança gradativamente em seu desenvolvimento, vai acumulando lembranças dessas experiências significativas e expandindo, pouco a pouco, a sua interação com a realidade que o cerca.

Amamentação: experiência para o desenvolvimento afetivo do bebê

Ao abordar o tema da amamentação, Winnicott é enfático quanto ao aspecto relacional lembrando que é uma experiência que

[2] 'Manhês' é um termo usado para descrever a conversa feita em código entre uma mãe e seu bebê. Ela repete os sons feitos pelo bebê, como se estivessem falando em um dialeto peculiar aos dois.

se aprimora a partir da primeira mamada, em que o bebê vai aprendendo pelo acúmulo de vivências que darão a ele uma memória dessas experiências. No que tange o desenvolvimento emocional, a amamentação é a situação privilegiada em que começam a se estabelecer os primeiros relacionamentos com a realidade externa. O mais importante, aqui, é a qualidade do contato humano que tem como matriz a comunicação peculiar entre mãe e bebê, que é um aprendizado de troca e mutualidade.

O ato de amamentar é ao mesmo tempo uma experiência bem simples e complexa, e embora possamos fazer considerações genéricas a respeito de orientações que facilitam essa experiência, do ponto de vista afetivo, temos que considerar: a singularidade de cada caso, os costumes familiares, as crenças e fantasias, que interferem no modo como essa experiência acontece.

Entretanto, a delicadeza desses primeiros encontros nem sempre é compreendida. Muitos que estão ao redor, apesar das boas intenções, acabam agindo imperativamente a favor de determinado padrão de funcionamento, insistindo em uma aderência imediata aos ensinamentos protocolares. São pessoas decididas a fazer o bebê mamar no peito a todo o custo e não se dão conta de que é preciso orientar, mas sem forçar. Por exemplo, "pegam o bebê embrulhado no cueiro, com as mãos presas e empurram o seio materno boca adentro", provocando, assim, a reatividade de ambos que pode levar à inibição, sem dar a chance à dupla mãe-bebê de encontrar o seu melhor modo de interagir. Na esfera do desenvolvimento emocional, isso significa impedir que o bebê já participe ativamente desse momento para que seja, ele mesmo, o criador do objeto que precisa ser encontrado — o seio (WINNICOTT APUD DIAS, 2003, P. 181).

A construção do vínculo e a importância do ambiente

O processo da amamentação é uma questão de vínculo que vai sendo instituído e que vai abrindo caminho para o acúmulo de experiências que podem ser bem ou malsucedidas. A relação de interdependência entre os fatores físicos e emocionais pode interferir na alimentação do bebê e também na relação entre ambos que está em processo de construção.

Se as primeiras mamadas ocorrem com incentivos, respeitando-se os ritmos e tempos próprios de cada dupla, a amamentação pode ser vista como um momento de descoberta, de criação e, sem dúvida, de fortalecimento de vínculo. A mãe que se adapta às necessidades do bebê pode compreender que às vezes "é mais importante respeitar a recusa do bebe de mamar do que forçá-lo, por disciplina ou por temor da desnutrição" (DIAS, 2003, P. 182).

Todos os sentidos corporais do bebê estão ativados nesse momento: visão, audição, olfato, gustação e tato. A cada mamada, há um mundo de sensações que ele experimenta gradativamente, com certa constância. É isso que faz com que ele vá acumulando em sua memória afetiva o que experimentou. Nesse momento, para ele, essa constância é valiosa, porque são experiências constitutivas de sua subjetividade. Algo que se repete habitualmente e, embora muito parecidas, são sempre diferentes, pois cada mamada é única.

Quando dizemos que a amamentação é marcada por um ritmo determinado, não se trata do número de mamadas e do tempo de intervalo entre elas, mas do modo como cada bebê imprime um ritmo, marcado pela sua frequência respiratória e também pela sua interação com o ambiente. Uma vivência que pode ocorrer em clima de tranquilidade, de aceleração, de turbulência, de tristeza etc. Há situações em que a experiência se dá de maneira muito complicada, pois temos que considerar que estão aí envolvidas e ativadas as marcas trazidas pela mãe de sua própria vivência enquanto bebê. Tudo isso compõe um manancial de experiências que irão influenciar a constituição existencial no que refere tanto aos aspectos físicos quanto aos

psíquicos.

O bebê vem ao colo, a mãe o segura de modo que ele e ela estejam em uma posição de conforto. O bebê acha o mamilo, ele olha para a mãe, coloca sua mãozinha no seio, sente o cheiro do corpo da mãe, suga e sente o calor e o sabor do leite. Escuta os ruídos ao seu redor e também aqueles que ele produz com a sua sucção. Pelo fato de estar muito próximo ao corpo materno, escuta também os ruídos que dele emanam. Corpo que ele ainda não reconhece como totalmente separado do seu, ou seja, ainda o sente como sendo a continuidade de seu próprio corpo. Em dados momentos, ele faz pequenas pausas para respirar melhor e aproveita para examinar o rosto materno. Nesses momentos se reconhece no rosto da mãe, que funciona para ele como uma espécie de espelho. Por isso a importância do bem-estar materno nesse momento. Se a mãe está muito angustiada, ela transmite essa angústia ao filho, mas se ela está experimentando uma relação de mutualidade com seu filho, é capaz de estabelecer com ele uma parceria, mesmo que de modo assimétrico. Essa assimetria se dá porque o bebê ainda não tem uma experiência pregressa da qual ele possa lançar mão tal como a mãe, que já foi bebê algum dia e por isso mesmo traz uma bagagem registrada em sua memória afetiva, ainda que inconscientemente.

Nem sempre essa experiência tem a garantia de acerto. Uma mãe muito ansiosa, por exemplo, pode até, involuntariamente, parar de produzir o leite se o bebê demonstra dificuldades para 'pegar o peito' por algum motivo (quando sente cólica ou respira mal por conta de uma gripe, por exemplo), a mãe pode fantasiar a respeito dessa recusa, sentindo-se incapaz de lidar com a questão e até mesmo achar que não consegue produzir um leite de qualidade e em quantidade suficiente para alimentar o seu filho.

Quando a mãe não pode experimentar esse estado de entrega, o que ela reflete é o seu próprio humor e suas próprias defesas. Winnicott (1971, P. 154-155) diz que o olhar da mãe, nesses momentos, reflete o bebê, a fim de que ele "se reconheça" nesse olhar. Se o bebê não encontra a si mesmo no olhar materno, isso pode ter consequências que atrapalhem o seu desenvolvimento. Haverá dificuldade para que o bebê possa construir a imagem de si mesmo.

A mãe é o ente primordial das ações de saúde (TEMPORÃO; PENELLO, 2010), por isso a importância de ela poder contar com um ambiente acolhedor que lhe dê um suporte, físico e emocional, para que possa compartilhar não apenas as suas alegrias, mas também seus medos, inseguranças e dúvidas. Se ela pode contar com esse tipo de provisão, terá suficiente reserva afetiva para lidar com os inesperados dessa relação. Poder ser assistida pelo seu companheiro e pai do bebê ou algum familiar, enfim, alguém que cuide e lhe ofereça esse suporte, é algo valioso, pois, sentindo-se amparada e acolhida, ela ficará disponível para dedicar-se ao bebê e também descansar nos intervalos das mamadas, por exemplo, pois alguém em que ela confia estará em seu lugar.

Durante a amamentação, quando mãe e filho "chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano" (WINNICOTT, 1996, P. 55). É a partir disso que se estabelece o padrão de capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo. Isso só acontecerá posteriormente quando o bebê estiver em condições de se reconhecer como uma pessoa inteira, pois o relacionamento interpessoal sugere que seja entre pessoas que já se percebem como unitárias.

O trabalho dos cuidadores nesse momento é de extrema importância, por valorizar a delicadeza dessa experiência. Não é interferir naquilo que a mãe sabe fazer melhor do que ninguém, ainda que fragilizada, pois, mesmo necessitando de apoio, é dela a tarefa de iniciar a relação com o seu bebê. O

profissional cuidadoso não criará expectativas imperativas de sucessos e nem temerá fracassos (DIAS, 2003), ele saberá aguardar, estando mais em posição de presença reservada, no aguardo de solicitação de auxílio.

Da amamentação ao desmame

Quando a amamentação se inicia, já há uma semente para a experiência do desmame que ocorrerá oportunamente. Do mesmo modo que a amamentação favorece a criação de vínculo devido à adaptação inicial da mãe às necessidades do bebê, gradativamente um processo de desmame irá acontecendo simultaneamente. A mãe é aquela que institui o primeiro relacionamento significativo para o filho, mas também é a pessoa que irá possibilitar a expansão do contato e da experiência do bebê com o ambiente que o cerca. O vínculo com a mãe permanece, mas é ela que estimula a entrada de terceiros nesse relacionamento, a começar pelo pai. Mesmo que o pai esteja presente desde o início e já participando dos cuidados, nesse momento a função materna ainda predomina. Aos poucos o cenário começa a mudar, e a presença do pai e de familiares próximos vai sendo percebida pela criança que começa a ampliar o seu campo relacional.

A base para o desmame é uma boa experiência de amamentação (WINNICOTT, 1996), e quando é o próprio bebê que promove o autodesmame, esse gesto deve ser aceito como ganho de autonomia. Geralmente, o desejo de desmamar acaba partindo da mãe, que vai promovendo o espaçamento das mamadas e permitindo apenas a mamada noturna, após um dia inteiro de desmame. Com o seu olhar apurado, a mãe percebe que a criança já pode suportar um tempo cada vez maior sem a alimentação desse tipo, e então vai estimulando o processo de mudança alimentar. Pode-se dizer que a ampliação do contato com a realidade e o desenvolvimento da linguagem ajudam a ação do desmame, sendo o seio "substituído pela voz, pela palavra e pelo olhar" (QUEIROZ, 2013).

Além disso, em decorrência de um processo de maturação, a criança vai conquistando uma postura mais ereta, sustenta sozinha a cabeça no tronco, inicia-se a dentição e com isso há a introdução de outro tipo de alimentação. Essas mudanças costumam coincidir com o início da verbalização, feita ainda por 'balbucios e grunhidos', mas já surgindo os primeiros fonemas. A comunicação que era não verbal avança para a aquisição da linguagem, e isso favorece a expansão do contato com a ambiência externa que vai sendo apreendida pelo bebê. Com essa evolução, há uma gradativa conquista do sentido unitário de ser, pois ele começa a perceber que é alguém distinto de sua mãe, embora permaneça ligado a ela por estreitos laços afetivos.

Existe um percurso pela frente até que chegue o momento em que ele poderá se reconhecer como alguém separado de sua mãe. O bebê começa a experimentar um processo de diferenciação e vai integrando aquilo que vivencia. Segundo Winnicott, essa integração acontece assim:

> pedaços da técnica do cuidar, de rostos vistos e sons ouvidos e cheiros cheirados são apenas gradualmente reunidos e transformados num único ser que será chamado mãe. (2000A, P. 224).

Esse processo faz com que o bebê, a partir de dado momento, reconheça-se como um sujeito distinto da figura materna, com uma imagem corporal própria. Isso fica muito claro quando a criança já pode se referir, ao falar de si mesma, pela palavra 'eu' e não mais como 'ele(a)'. Esse momento costuma coincidir com um avanço no processo de interação dela com o mundo que a cerca. A comunicação com os demais seres que a cercam se expande.

O tempo adequado ao desmame é subjetivo, pois depende muito da relação estabelecida entre a mãe e o bebê, mas também de fatores externos que podem interferir ocasionando o desmame, às vezes precocemente, ou se estendendo em demasia. Por exemplo, uma mãe que adoece ou engravida e precisa ou resolve suspender a amamentação. A própria criança também pode adoecer e pode recusar a alimentação. Se for possível evitar, é importante que esse momento do desmame não coincida com alguma intercorrência ou com um afastamento materno de fato, tal como o retorno da mãe ao trabalho ou a ida da criança para a escola.

De modo geral, a criança sinaliza que já está apta a lidar com a situação de desmame, e a sensibilidade materna percebe qual é a melhor hora para que isso aconteça. Para Winnicott (1982), um sinalizador de que a criança está pronta para esse desapego é quando começa a brincar de deixar cair os objetos e esperar que retornem. Nesse momento, ela está fazendo uso da sua capacidade de 'livrar-se das coisas', ou seja, aprendendo a elaborar ludicamente o processo de afastamento temporário de sua mãe.

Em suma, a linguagem se desenvolve, a criança passa a se interessar por outros alimentos, por outras pessoas, por outros objetos. Já está, então, em condições de interagir com o mundo como alguém que se reconhece como sujeito interdependente.

Sobre a importância do tema

A amamentação é um acontecimento crucial na vida de todos, e a relevância desse momento vai muito além do seu caráter biológico, com todas as implicações nutricionais determinantes para o bom crescimento da criança. Tudo o que ocorre nessa experiência representa 'material' para a construção da personalidade. Por esse motivo, é importante que a mãe esteja dedicada a interagir com seu filho, envolvida e oferecendo-lhe as melhores condições para que ele possa armazenar essas vivências em sua memória afetiva. São experiências que irão influenciar o seu modo de ser ao longo da vida e na interação com o outro. Da mesma forma, é importante que aqueles que se dedicam aos cuidados da dupla mãe-bebê — pai, familiares e profissionais de saúde — estejam atentos aos aspectos afetivos presentes na comunicação da mãe com seu bebê, durante a amamentação, para que possam oferecer o devido cuidado e acolhimento quando necessário.

Geralmente, os protocolos voltados para a amamentação enfatizam os aspectos físicos e técnicos aí implicados, que são extremamente importantes, mas não suficientes. Nesse contexto, qual seria a relevância das reflexões desenvolvidas até aqui para os gestores da área de saúde? Ao incluir no processo de formação dos consultores de saúde da criança o tema da amamentação e sua importância para os aspectos afetivos implicados na constituição da subjetividade, o objetivo foi ampliar a compreensão sobre a riqueza do ato de amamentar, que envolve o encontro inicial do bebê com o mundo. Como já foi dito, isso se dá na relação com sua mãe, uma relação que não vem pronta e que vai sendo construída gradativamente.

Esse é o alicerce do relacionamento humano que, ao ser iniciado em ambiente facilitador, possivelmente conduzirá à formação de um ser humano em condições mais favoráveis para lidar com a vida de modo resoluto, ao mesmo tempo em que valoriza a convivência com os demais. Estaremos diante de alguém que recebeu amor, foi cuidado e nutrido não apenas para atender às suas necessidades iniciais para sua sobrevivência, mas também para interagir com o mundo com autonomia e criatividade. Como vimos, a arte de bem amamentar pode contribuir significativamente não só para a formação de um ser humano mais amoroso

como também para construção da cidadania.

Colaboradores

Todos os autores foram responsáveis pela concepção do artigo, pela busca bibliográfica e pela descrição das experiências em seus territórios. Selma Eschenazi do Rosario redigiu a primeira versão, e todos os autores contribuíram na versão submetida, aprovando a versão final. ■

Referências

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço:* uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1982, p. 45-95.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

PITOMBO, L. B.; MAIA, M. S.; ROSARIO, S. E. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS):* formando e transformando no campo da saúde pública. *Revista Trivium*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium>. Acesso em: 26 ago. 2015.

QUEIROZ, T. C. N. *Analisando o desmame*. Disponível em: <htpp://www.profala.com/artpsico98.htm>. Acesso em: 21 maio 2013.

ROSARIO, S. E. *Brincar de viver:* experimentações entre Winnicott, Deleuze e Guattari. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 187-200, abr./jun. 2010.

WINNICOTT, D. W. O ambiente saudável na infância. In: _____. *Os bebês e suas mães.* São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 51-59.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise:* obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 218-232.

_____. O Desmame. In: _____. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, p. 89-94.

_____. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas:* D. W. WINNICOTT. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999, p. 195-202.

_____. O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: _____. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971, p. 153-162.

_____. Preocupação Materna Primária. In:_____. *Da pediatria à psicanálise:* obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 399-405.

_____. Sum: eu sou. In: _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 41-54.

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979, p. 38-54.

Crianças brincam! Considerações sobre o desenvolvimento emocional infantil e a linguagem lúdica

Children play! Considerations about the child's emotional development and playful language

Marisa Schargel Maia[1]

RESUMO A partir da teoria de Donald Winnicott, traça-se uma descrição sucinta de aspectos essenciais do desenvolvimento emocional infantil. Confere-se à linguagem lúdica da criança um papel nuclear para o desenvolvimento emocional saudável.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento infantil; Saúde mental; Linguagem infantil.

ABSTRACT *From Donald Winnicott's theory, we draw up a brief description of essential aspects of the child's emotional development. It is given to the playful language of the child a central role for the healthy emotional development.*

KEYWORDS *Child development; Mental health; Child language.*

[1] Psicanalista. Doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil, formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
msmaia@centroin.com.br

Quando se inicia o desenvolvimento emocional infantil (DEI)? Difícil precisar. Talvez nasça no desejo dos pais em ter um bebê, talvez comece nas brincadeiras de criança nas quais se fantasia e se projeta um filho para o futuro. Com certeza, o desejo dos pais e como projetam e imaginam um mundo futuro, e possível, para seus filhos é uma semente fundamental para o desenvolvimento emocional saudável (DES). Ter o sentimento de que se foi, ou se é, bem recebido no mundo faz toda diferença na forma de ser e estar no mundo. Crianças são como esponjas, absorvem tudo ao seu redor. Nesse sentido, o ambiente que as rodeia é responsável por uma provisão afetiva que lhes serve de alimento emocional.

Os primeiros anos de vida constituem um período de extrema importância no que diz respeito ao desenvolvimento dos aspectos emocionais, psicomotores e cognitivos do ser humano. Hoje se sabe que inúmeras patologias e psicopatologias têm suas raízes na primeira infância. Esse desenvolvimento, porém, não se dá isoladamente da relação de cuidados em que o bebê está inserido. Donald Winnicott chama a atenção para o caráter relacional da estruturação psíquica do bebê ao afirmar que este não pode ser entendido ou estudado à parte da díade primária (mãe/bebê) na qual e a partir da qual ele se desenvolve. O autor entende o DEI como uma tendência inata do homem, mas para desenvolver-se e alcançar seu potencial inato, precisará de condições ambientais favoráveis.

Winnicott define esse processo de acolhimento do pequeno recém-chegado como 'ambiente facilitador', este é dinâmico e processual, transubjetivo por assim dizer, permeia as relações: da mãe e do pai com seu bebê; do casal; do casal com o bebê; da família com o casal; da mãe com sua filha; dos avós com seu neto etc., ou seja, envolve todos os implicados nessa tarefa ímpar de criação do humano em uma coletividade de humanos. Esse ambiente abrange tanto os aspectos objetivos, como a satisfação das necessidades fisiológicas do bebê, quanto subjetivos, como a ambiência afetiva, a princípio, criada pela mãe, mas que toca seu entorno, sendo experimentada por todos aqueles envolvidos no convívio de cuidado. Para caracterizar-se como facilitador, esse ambiente deve conferir sustentação (promover *holding*) e responder à dependência inicial do bebê (WINNICOTT, 1983). A sustentação (*holding*) se dá pelo amparo, tanto nos cuidados físicos quanto nos cuidados emocionais conferidos ao bebê pela mãe e seus próximos.

Para esse pensador do DEI, a saúde do ser humano adulto, da 'pessoa total', está intimamente vinculada à qualidade dos cuidados recebidos na primeira infância, cujas repercussões são significativas para toda a vida. Esse cuidado, que a princípio diz respeito à mãe com seu bebê, vai se ampliando ao longo da infância, estendendo-se para os outros próximos, como, por exemplo, para a escola, para o posto de saúde, para a comunidade que se reúne em clubes, praças, quintais, igrejas etc. É um tipo específico de cuidado que se diz da convivência entre as pessoas. Aqui, não percebemos que estamos sendo cuidados, mas sentimos uma sensação de que aquele ambiente nos instiga ao convívio, nos afeta provocando a expressão, possibilitando o sentimento, tão caro, de que a vida vale a pena ser vivida. Encontra-se, aqui, a semente do 'poder confiar' — como sou bem acolhido e reconhecido em minhas necessidades, vinculo-me e confio naqueles que de mim cuidam (MAIA, 2010)[1].

O autor toma como foco do desenvolvimento emocional primitivo a díade mãe-bebê, em que, segundo sua perspectiva, a mãe seria particularmente qualificada para assumir a posição de cuidadora do filho. Por meio da atenção materna primária (WINNICOTT, 1983), ela seria capaz de colocar-se em sintonia com seu bebê de tal forma a 'adivinhar' as necessidades dele, temporariamente a mãe abre mão de ser ela própria, com seus

[1] Não aprofundaremos esse aspecto, mas é importante demarcar que outras nuances de personalidade, como o pessimismo ou o otimismo, também são delineadas nesses processos de maturação.

interesses e vontades pessoais, passando a 'ser' dois — ou a unidade 'mãe-bebê' —, 'emprestando' a si mesma até que seu filho construa condições psíquicas para suportar suas pequenas faltas, fazendo a transição de uma dependência absoluta para uma dependência relativa (WINNICOTT, 1983). Digamos que nos primeiros momentos, dias, a mãe faz a função de 'cordão umbilical' para que seu filho possa fazer a transição do mundo aquático para o terrestre. De alguma forma, ela sabe o quanto esse momento é difícil para o bebê. Por exemplo, é nos primeiros dias após o nascimento que ele terá que lidar com a falta de movimento. Na barriga de sua mãe, ele se movimentava todo o tempo, agora precisa lidar com o silêncio e com a ausência de movimento. Intuitivamente, a mãe compreende esse processo e canta para ele, embalando-o sempre que precisar: qualquer mãe sabe como os bebês adoram 'colo em pé'.

Em torno dos 3 meses, o dia a dia do bebê já está mais regrado. Em processo de adaptação, a família começa a adquirir hábitos, sendo um marco importante para o bebê o sentimento que existe uma 'mãe ambiente', uma atmosfera mãe que em muitos momentos lhe propicia bem-estar: o ambiente que, inicialmente, coincidia com os cuidados maternos vai aos poucos se ampliando (WINNICOTT, 1983).

Entre os 6 e 8 meses de idade, o bebê começa a perceber que é um ser separado de sua mãe, mas depende dela para suas necessidades psíquicas, físicas e afetivas. Nesse período, o bebê pode apresentar uma certa 'tristeza', equivalente a uma 'desilusão' porque percebe que sua mãe não 'é' ele e que ele precisa fazer coisas, coisas do mundo, para alcançar um estágio de maturação emocional em que possa crescer e cada vez mais poder compartilhar o mundo dos humanos. No entanto, embora seja um processo difícil para o bebê, há um ganho em seu desenvolvimento emocional: ele começa a poder contar com um ambiente ampliado para se assegurar do mundo. Seus gostares já se dirigem para outros cuidadores.

Nesse período, a criança, antes mesmo de completar 1 ano de idade, começa a aceitar os enquadres ambientais (na rotina caseira) que lhe são propostos para melhor fluir com aqueles que lhe são caros. Mesmo que haja momentos de chateação e conflitos no dia a dia, há uma cooperação entre ela e aqueles que dela cuidam para que o desenvolvimento emocional rumo ao amadurecimento se dê. O bebê está em franca expansão, e seu mundo interno, assim como sua relação com o mundo externo, crescem em afetos, possibilidades expressivas e comunicativas. Ao final do primeiro ano, a pequena criança, já ensaia o andar e o falar. Imaginem quanto o corpo e o psiquismo se esforçaram para essa empreitada.

Nesse processo de expansão e ampliação dos vínculos, conquista a capacidade de se preocupar — *concern* —, chegando ao 'estágio de preocupação'. O bebê 'sabe', agora, que onerou afetivamente seus pais nesse primeiro ano de vida. Exigiu muito deles porque precisava de alívio para suas tensões e angústias internas (WINNICOTT, 1983). É como se soubesse que os amou e os odiou com todas as suas forças, e tudo isso ao mesmo tempo, uma espécie de 'ambivalência afetiva' que só vivemos nas relações em que o vínculo é profundo. Mesmo nós, adultos, compreendemos que, apesar de vivermos momentos conflituosos e de raiva nas relações afetivas, também amamos profundamente aqueles que, por um motivo ou outro, acabamos de dizer que odiávamos e, assim sendo, sentimos remorso e ficamos preocupados em 'garantir' o amor daqueles que acabamos de agredir. O humano é assim, complexo, misto de muitos afetos, incluindo o amor e a raiva (FREUD, 1976C).

Nos momentos iniciais de sua vida, o bebê não tinha posse desse saber, mas quando consegue se perceber como sendo 'um' e sua mãe 'outro', o eu e o não eu, começa a sentir preocupação com o bem-estar daqueles que

dele cuidam. Desde Winnicott, sabemos que o estágio do DEI que diz respeito à preocupação, ao cuidado com o outro, depende de etapas anteriores do desenvolvimento. A ascensão a essa configuração subjetiva depende de condições anteriores de maternagem bem definidas. É a partir do estágio da preocupação (WINNICOTT, 1983) que se inauguram alguns sentimentos caros à civilização: compaixão, solidariedade, espírito de colaboração e o embrião para a aquisição da moralidade.

Esse é um marco civilizatório fundamental porque, para Winnicott, o ensino da moralidade de uma cultura só exerce efeito sobre o sujeito se este quando criança tiver desenvolvido o sentimento interno de preocupação. Ou seja, na raiz de qualquer sentimento moral e ético do adulto existe a estruturação psíquica primária infantil do concern (WINNICOTT, 1983). Enfim, o processo de vida fundamental para que haja o aprendizado da preocupação ou da atitude de cuidar é que o bebê tenha podido encontrar um ambiente 'suficientemente bom', delimitado, em um primeiro momento, por alguém que o deseje e que dele possa se ocupar e, posteriormente, pelo social e suas instituições. Um ambiente que lhe tenha possibilitado o sentimento e o prazer ilusório de criar o mundo e fruir o afeto de ternura que lhe é dedicado. Essa experimentação de mundo possibilitará ao futuro adulto uma vida internamente integrada, promovendo assim sua fluidez e espontaneidade com o ambiente seja ele familiar, social ou de trabalho.

Um parêntese: deve-se compreender esses processos de maneira não determinista porque adversidades acontecem na vida e não determinam de forma absoluta o futuro de ninguém. A síntese que acabo de apresentar diz respeito a uma sistematização de alguns marcos do desenvolvimento emocional infantil. É importante sublinhar esse ponto para não correr o risco de mal-entendidos e achar-se que todos as pessoas que tiverem uma provisão ambiental deficitária na infância terão seus destinos determinados pela psicopatologia.

A vida não é assim, ela é rica em possibilidades, e cada um traz consigo instrumentos de resiliência para lidar com suas adversidades. Resiliência é aquela capacidade que todo ser humano tem para se adaptar e se restaurar das catástrofes e traumas que porventura possam ocorrer no percurso de uma vida. Sublinha-se, porém, que é fundamental a presença de 'tutores de resiliência' para cuidar, no sentido de estar com o resiliente, favorecendo seus processos de recuperação (CYRULNIK, 2004, 2006). O profissional de saúde é um bom exemplo de 'tutor de resiliência'. Ao profissional de saúde cabe o papel fundamental de acolher, escutar, ser empático e respeitoso com aquele que o procura, precisando do cuidado. Desse modo, de forma invisível, o profissional estará ocupando o lugar de 'tutor de resiliência', facilitando e contribuindo para a recuperação física e psicológica daquele que procura a assistência, promovendo saúde emocional.

Retornando ao nosso tema nuclear, pode-se notar a complexidade dos processos humanizantes que ocorrem nesse primeiro ano de vida que se prolonga pelo segundo ano, expandindo-se sem cessar ao longo de toda a infância. Importante: são matrizes do desenvolvimento emocional que ocorrem na primeira infância, mas que se manterão atuantes durante toda a vida.

Nossa criança cresce, suas habilidades se desenvolvem e seus ambientes se ampliam, se tudo correu 'suficientemente bem' nesses primórdios de seu desenvolvimento emocional, ela poderá conquistar os marcos do desenvolvimento infantil, contando com uma boa provisão interna de confiança, espontaneidade e criatividade, recursos que a acompanharão ao longo de toda a sua experiência vital.

Para finalizar, daremos um destaque de análise à linguagem lúdica infantil. Entende-se que o DEI se apoia nas brincadeiras infantis para alavancar seus processos de

maturação.

A linguagem lúdica: eixo nuclear dos processos de desenvolvimento emocional infantil

Crianças brincam! Ninguém duvida dessa frase. Todos sorriem, todos se lembram. Crianças brincam sozinhas ou acompanhadas; animam objetos e imitam sons; são heroínas, choram e riem — amam e odeiam em suas brincadeiras. E como estão brincando, protegidas pelo círculo mágico do jogo, ou do ambiente lúdico, podem amar e odiar livremente.

Por que brincam as crianças? Porque os adultos lhes permitem a brincadeira desde sempre? Crianças brincam no exercício de seus corpos, de sua vitalidade, de suas emoções, de suas vidas criativas. Como diz Donald Winnicott, "o brincar é universal e faz parte da saúde" (WINNICOTT, 1975, P. 41).

Johan Huizinga (1980) afirma que o jogo é universal porque os animais não esperaram os homens para se lançarem no mundo da brincadeira — os animais filhotes também brincam. Costuma-se ouvir que as crianças brincam na infância, mas seria mais preciso dizer que as crianças têm a infância para brincar. Ofertemos à criança um pedaço de pau, plástico ou papel e logo teremos um maravilhoso mundo imaginativo pronto para colocar-se em cena. Em 'O pequeno príncipe', de Antoine de Saint-Exupéry (2015), o menino, em meio ao deserto humano, pedia que lhe desenhassem um carneiro; do desenho rabiscado de uma caixa, surge um carneiro que, mesmo sem ser visto, pode ser imaginado para ser cuidado e alimentado com zelo pela criança.

Deve-se ficar muito preocupado quando se observa uma criança que não brinca. Esse é um sinal de que algo não está bem! Crianças não vieram ao mundo para serem tristes (FERENCZI, 1992B). Quando uma criança se entristece, é preciso que se curve sobre ela para compreender seus motivos, reconhecê-los e acolhê-los, buscando soluções para seu sofrimento. O mundo adulto deve estar atento à experiência infantil em qualquer ambiente, seja ele familiar, social ou institucional.

Sem que lhes peçam ou ensinem, é comum que as mães, ou substitutos, utilizem uma linguagem diferenciada quando se dirigem aos bebês e crianças. Com bebês, essa linguagem é chamada, no campo da saúde, de 'manhês'; posteriormente essa se traduz por uma certa ternura no tom de voz quando se mantém um diálogo com a criança. A 'linguagem da ternura' é própria ao mundo infantil, e embora adultos muitas vezes percam essa dimensão da infância, deveriam sempre ser lembrados disso: a criança tem direito a uma infância terna, em que haja o reconhecimento de seu jeito de lidar com o mundo, uma forma de ser e estar lúdica por excelência (FERENCZI, 1992A). A seguir, traremos três exemplos de marcos lúdicos, próprios a fases diferentes do DEI que são indicativos importantes de saúde emocional.

Primeira brincadeira

Desde sempre, as mães brincam com seus bebês. Com 3, 4 meses colocam um paninho em seus rostos, cobrindo seus olhos e perguntam: cadê o bebê? Retirando-os rapidamente dizem: 'achoooo!!' O bebê se delicia com o reencontro com a mãe e nesse momento consigo. Aqui, estimulado por sua mãe, experimenta pela primeira vez a linguagem lúdica, e logo, ainda com 5, 6 meses, assumirá o comando, entrará no jogo e repetirá essa brincadeira sempre em que estiver de posse de um pano ou coisa parecida. Cobrirá os olhos na expectativa do reencontro: como que pela primeira vez, ela puxará e repetirá a palavra mágica: achooo!! Essa brincadeira segue evoluindo ao longo da infância.

Com 1, 2 anos a criança esconde o rosto com as mãos e continuará pedindo que a procurem. Aos 3, 4, anos se esconderá atrás de uma cortina e novamente pedirá que a procurem. Aos 5, 6 anos brincará de esconde-esconde com seus amigos. Nesse jogo de existo e não existo, de me escondo e sou encontrado, a criança, a cada vez, reinaugura sua existência e valor: triste da criança que se esconde e não é procurada. O lúdico é desde sempre uma forma de comunicação entre o eu e o mundo.

Segunda brincadeira

Uma criança com 18 meses brinca com um carretel amarrado a um barbante: joga o carretel, que desaparece atrás de um móvel, puxa o fio e ele reaparece. Nesse movimento, a criança com apenas um ano e meio repete as palavras 'fora', quando lança o carretel, e 'aqui', quando o traz para junto de si, sendo que o movimento de trazer o carretel provocava na criança um imenso prazer: desaparecer e retornar. A interpretação de Freud, enquanto observava essa brincadeira de seu neto, foi que se tratava de um processo de elaboração psíquica, no qual a criança controlava por meio da brincadeira o desprazer vivido pelo afastamento da mãe e prazer de seu retorno após o dia de trabalho. Para Sigmund Freud, as crianças repetem em suas brincadeiras todas as experiências que lhes foram impactantes na vida real. Tornando-se, por meio da repetição, donas da situação, as crianças dominam as intensidades das experiências vividas e as remodelam ao seu prazer. Freud sublinha que a natureza desagradável de uma experiência nem sempre a torna inapropriada para a brincadeira (FREUD, 1976A).

Ao brincar, a criança se desloca de um posicionamento passivo na experiência para um ativo, delegando, muitas vezes, a um companheiro o lugar de passividade na brincadeira. Dessa forma, a criança toma posse de um conflito, expressando-o e buscando sua elaboração no objeto lúdico. Freud diz:

> acaso não poderíamos dizer que ao brincar toda criança se comporta como um escritor criativo, pois cria um mundo próprio, ou melhor, reajusta os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrade? (1976B, P. 149).

Para Freud, a brincadeira do menino com o carretel denotava seu ingresso na ordem da cultura, pois elaborava por meio da brincadeira seu mal-estar interno vivido a partir da separação da mãe. Nesse momento, a criança já está a caminho do mundo simbólico. Encontra-se aqui emergente no jogo o lugar e função da linguagem.

Terceira brincadeira

As brincadeiras de faz de conta acompanham o desenvolvimento emocional da criança dos 3 aos 7 anos aproximadamente. As teorias do desenvolvimento cognitivo destacam a sua importância como comunicação integrada, ou seja, o faz de conta é uma atividade complexa e constituinte do sujeito, diferentemente das que caracterizam o cotidiano da vida real, que já aparece nos jogos de esconde-esconde que ela tem com os adultos quando aprende que desaparecer no jogo não é algo real, mas inventado para se brincar com as coisas sérias da vida. Para outro pensador, Piaget (1975), a brincadeira de faz de conta também está intimamente ligada ao mundo simbólico. Por intermédio dela, a criança representa ações, pessoas ou objetos, experimentando no território lúdico a vida vivida e observada de seu cotidiano (familiar, escolar e outros). Faz ainda uma diferenciação entre essa brincadeira, que envolve o cotidiano das crianças, e aquelas que lidam com assuntos fictícios, contos de fadas ou personagens de histórias e desenhos de televisão. Já para Vygotsky (1984), a brincadeira de faz de conta propicia um incremento da 'zona de desenvolvimento proximal'[2], pois no momento que a criança representa um objeto por outro, ela

[2] Para Vygotsky, "zona de desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes" (VYGOTSKY, 1998, P. 112).

passa a se relacionar com o significado que lhe atribui, deixando de interagir com a coisa em si para tomar posse do mundo simbólico. A atividade lúdica é o eixo do desenvolvimento emocional, pois ajuda a criança no laborioso trabalho interno de entender a comunidade de humanos e, simultaneamente, nela ingressar: brinca-se com o cotidiano da vida dos adultos.

Notas finais

O lúdico é fator constituinte da vida. Antes mesmo de se constituir um *homo sapiens*, o eu já se reconhece como *homo ludens*. É no e a partir do fenômeno lúdico que a criança se constitui como sujeito. Nos primórdios de sua existência, o eu, em um processo criador de interpretação do mundo, criou um território interno para sua realidade psíquica. Interpretar o mundo é 'inventar' e lhe dar um sentido; pode-se dizer, então, que o mundo lúdico é o primeiro movimento da criança em direção ao seu potencial criador. Por mais que achemos que o jogo não é coisa séria, que é um passatempo, como se fosse algo de uma infância distante, compreendemos por meio de uma sensação de familiaridade e empatia o quão sério pode se tornar uma simples brincadeira de mímica ou um divertido jogo de faz de conta, sem mencionar os jogos adultos de azar, competição etc.

Desde a infância, compreende-se que, quando se brinca, a consciência de que se trata apenas de um jogo sofre um rebaixamento, e assim podemos viver a experimentar o mundo e seus afetos protegidos pelo ciclo mágico do lúdico. A partir de tudo que vimos, pode-se concluir que é no brincar infantil que reside a saúde da infância. Deixemos a criança brincar e brinquemos com ela. Assim, estaremos colaborando para o seu pleno desenvolvimento emocional. ■

Referências

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *Falar de amor à beira do abismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 69-84.

_____. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992b. 47-52.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v. 18. p. 13-169. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

_____. Escritores criativos e devaneio. In: _____. *Gradiva de Jensen e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p. 163-174. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 9).

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. p. 89-122. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

HUIZINGA J. *Homo ludens:* o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1980.

MAIA, M. S. Crianças do Porão: descuido, violência psíquica e cuidado. In: MAIA, M. S. *et al.* (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 185-207.

PIAGET, J. *A formação do símbolo na criança:* imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 2. ed. Rio de

Janeiro: Zahar, 1975.

SAINT-EXUPÉRY, A. *O pequeno príncipe*. Curitiba: Agir, 2015.

VYGOTSKY, L. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1984.

_____. *A formação social da mente*. 6. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação:* estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: ArtMed, 1983.

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988a. p. 269-286.

Maternidade não é lugar para morrer: relato de um modo de fazer que fortalece os coletivos nos espaços de nascimento

Motherhood is no place to die: report of a way of doing that strengthens the collectives in birth spaces

Paulo Germano de Frias[1], Selma Eschenazi do Rosario[2], Carmen Viana Ramos[3], Janaina Japiassu Pereira Veras[4], Karla Simone Lisboa Maia Damião[5], Maria Raimunda Gomes Lima[6], Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins[7], Vilma Costa de Macedo[8]

[1] Pediatra e epidemiologista. Doutor em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Consultor nacional da CGSCAM/MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *pfrias@imip.org.br*

[2] Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *selmarosario@hotmail.com*

[3] Nutricionista e sanitarista. Doutora em saúde da criança e da mulher pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Piauí. *nutricarmen2@yahoo.com.br*

[4] Nutricionista. Especialista em gestão de políticas de alimentação pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e

RESUMO O manuscrito relata a experiência vivenciada por consultores de saúde da criança no apoio à formulação e implementação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito de seis estados do Nordeste no período de 2012 a 2015. As vivências foram catalisadas a partir de um processo formativo com ênfase em um modo de fazer, centrado na construção e valorização dos múltiplos saberes envolvidos na produção de saúde, no fortalecimento de vínculos afetivos, constituição de cartografias nos territórios, de sentidos de grupalidade solidária e melhor compreensão sobre ética do cuidado. Relatos ilustrativos dos territórios foram apresentados como expressão das dificuldades e potencialidades que se descortinam e como o manejo de situações difíceis pode ser propulsor do fortalecimento de coletivos.

PALAVRAS-CHAVE Apoio matricial; Apoio institucional; Saúde da criança; Cuidado da criança; Serviço de saúde.

ABSTRACT *The study reports the experience lived by child health consultants in the support to the formulation and implementation of a National Policy for Comprehensive Child Health Care within six northeastern states in the period from 2012 to 2014. The experiences were catalyzed from a formative process with emphasis on a way of doing, focused on the construction and valorization of the multiple knowledges involved in the production of health, in the strengthening of affective bonds, cartography constitution in the territories, of senses of sympathetic groupality and better understanding of the ethics of care. Illustrative reports of the territories were presented as an expression of the difficulties and potentials that are revealed and how the handling of difficult situations may be the engine of the strengthening of collectives.*

KEYWORDS *Matrix support; Institutional support; Child health; Child care; Health service.*

Introdução

Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar.
(MACHADO, A.)

Apesar da existência das inúmeras intervenções públicas direcionadas à melhoria da assistência à criança brasileira, o País ainda não dispunha, até 2014, de uma Política Nacional de Saúde direcionada a esse público que explicitasse as diretrizes, princípios e atribuições dos entes federados aprovados pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009).

Considerando a importância dos investimentos dessa natureza para a geração de crianças saudáveis ao desenvolvimento da nação, a partir de junho de 2011, iniciou-se uma parceria entre a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde (MS) e a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS)[1], com o objetivo de formular e implementar tal política pública em prol do cuidado integral à criança brasileira (PENELLO; LUGARINHO, 2013). Como base de sustentação para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi desenvolvida uma experiência para sistematização integrada do trabalho realizado na área de atenção à criança, reunindo os coordenadores estaduais, das capitais e do Distrito Federal, em uma articulação interfederativa que considerasse os contextos regionais. Para tanto, constituiu-se uma equipe composta por trabalhadores da área de saúde residentes nos estados, para fazer a interlocução entre as instâncias federal, estadual e municipal. Foram selecionados 27 profissionais de diversas especialidades, denominados consultores estaduais de saúde da criança, para realizar a função de apoiadores e articuladores das experiências vividas nos respectivos territórios, de modo a proporcionar a sintonia das ações desenvolvidas na construção dessa Política.

A elaboração da PNAISC, com foco no empoderamento dos envolvidos na ação, requereu uma formação específica que foi desenvolvida pela equipe da EBBS, tendo como base metodológica a articulação de três eixos conceituais: a premissa de um olhar profissional que considere o cuidado do ponto de vista ético (AYRES, 2004; MAIA, 2009); o uso de cartografias dinâmicas valorizando os 'fixos e fluxos' de cada território (BARROS; KASTRUP, 2010; ROLNIK, 2006; MERHY; FRANCO, 2012) e o hábito de trabalhar em grupos para a busca de soluções coletivas, conforme um modelo que favorece a capacidade de análise e de intervenção buscando um clima de 'grupalidade solidária' (CUNHA; DANTAS, 2008). Imprescindível nesse processo foi o estímulo ao desenvolvimento de 'tecnologias leves' voltadas para as habilidades relacionais e que favorecem o manejo de situações envolvendo distintos perfis de atores envolvidos com determinada questão, além do contexto local (MERHY; FRANCO, 2003).

Para iniciar o processo de formação, os consultores de saúde da criança foram priorizados para a indução de mudanças de práticas, especialmente naquelas situações de estagnação e impasse, na busca de um trabalho pautado em processos cogestivos que favorecessem o protagonismo dos sujeitos, nas diversas regiões de saúde do País (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Na sequência, coordenadores da área técnica de saúde da criança de estados e capitais foram envolvidos no processo formativo.

O processo de construção da PNAISC concluiu a 1ª etapa de desenvolvimento com a sua apresentação nos Fóruns Interfederativos de Coordenadores de Saúde da Criança, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança (Conanda), entre outros colegiados, culminando na aprovação da Política na CIT em dezembro de 2014.

No caminho para a implementação da PNAISC, estruturaram-se estratégias voltadas para a atenção primária, secundária e terciária, pautadas no fortalecimento das redes de atenção à saúde para superação de

Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado da Paraíba. *janainajapiassu@yahoo.com.br*

[5] Odontóloga e especialista em atenção básica. Mestre em saúde pública baseada em evidências pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) – Pelotas (RS), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Rio Grande do Norte. *kdamiao@gmail.com*

[6] Assistente social. Especialista em administração pública em saúde pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) – São Paulo (SP), Brasil. Especialista em auditoria em sistemas de saúde pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX) – Curitiba (PR), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Alagoas. *agenciaz@uol.com.br*

[7] Nutricionista. Especialista em saúde da família e comunidade, e em epidemiologia e vigilância à saúde pela Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. Especialista em administração dos serviços de saúde pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) – São Paulo (SP), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto

velhos e novos desafios no campo da saúde materno e infantil, com destaque para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil. As maternidades com maior número de mortes maternas e de recém-nascidos do País foram selecionadas como *lócus* privilegiado para melhorar as intervenções direcionadas às mulheres no pré-parto, parto e puerpério imediato e no nascimento e acompanhamento de recém-nascidos.

O trabalho nessas maternidades buscou o desenvolvimento e consolidação de intervenções baseadas nas melhores evidências científicas e nas boas práticas obstétricas e neonatais a partir da implicação dos interessados, na constituição de um sentido de grupalidade, no envolvimento de todos nas decisões/ações e na indução para criação de colegiados de cogestão com a participação de gestores e trabalhadores corresponsáveis pelo serviço. Os espaços colegiados das maternidades, além dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno-Infantil e Fóruns Perinatais, em vários âmbitos, ao incluir usuários e sociedade civil, foram importantes instâncias para reflexão sobre a situação dos serviços e proposição de intervenções para melhoria da atenção à mulher e à criança (BRASIL, 2009). Tais fatos foram observados no conjunto dos estados envolvidos com a ação, ainda que com intensidades de adesão diferenciadas.

O objetivo deste artigo é descrever algumas vivências dos consultores de seis estados nordestinos[2] na construção de estratégias de intervenção, considerando as repercussões do seu trabalho de apoio em saúde da criança, articulado com outros apoiadores nas maternidades, apontando o sofrimento dos profissionais diante da morte de mulheres e bebês. O título do artigo, 'Maternidade não é lugar para morrer: relato de um modo de fazer que fortalece os coletivos nos espaços de nascimento', é uma expressão do sentimento desses profissionais de saúde dos serviços e dos apoiadores temáticos e matriciais diante da situação vivenciada e a reflexão quanto à potência dos coletivos para o enfrentamento de cenários locais adversos.

A formação dos consultores estaduais para apoiar as redes de atenção nos territórios: etapa reflexiva sobre o processo de trabalho e o modo de fazer valorizando a realidade local

Antes do relato da experiência dos consultores de saúde da criança da região Nordeste nas maternidades, consideramos imprescindível explicitar a sua trilha formativa, os instrumentos e técnicas utilizadas para melhor compreensão da construção de uma identidade de grupo e de um modo de fazer inclusivo (BARROS; BARROS, 2007) caracterizado pela flexibilidade, abertura ao novo, mas com claro direcionamento focado nos processos de trabalho sem perder de vista o pragmatismo sobre a necessidade de resultados de curto e longo prazo.

A estrutura formativa desenvolvida para o conjunto dos consultores levou em consideração o diálogo permanente entre todos os envolvidos nesse processo, a partir de discussões em torno de questões didáticas, de conteúdo e de visão de mundo dos partícipes. As reflexões dialógicas sobre os brasileirinhos e brasileirinhas como sujeitos de direitos a um desenvolvimento pleno de acordo com suas potencialidades — a partir da promoção de 'um ambiente facilitador à vida' como princípio orientador de políticas públicas saudáveis (PENELLO, 2013) — constituíram-se em instrumental argumentativo para fazer frente a práticas instituídas no sistema de saúde cuja preocupação central era promover a construção de um ambiente provedor de cuidados, não só para garantir a sobrevivência das crianças como também para propiciar espaços de trabalho com maior qualidade (PENELLO *ET AL.*, 2011). As abordagens didáticas foram diversificadas,

Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Ceará. *terezaodete@yahoo.com.br*

[8] Enfermeira e sanitarista. Doutora em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Pernambuco. *vilmacmacedo@hotmail.com*

NOTAS EXPLICATIVAS:

[1] A EBBS é um projeto do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), que tem entre seus objetivos contribuir para a construção de uma política pública capaz de agregar todas as iniciativas existentes, tendo como base a articulação entre o desenvolvimento integral da criança, considerado em seus aspectos fisiológicos e afetivos, com os determinantes sociais de saúde. Trata-se de uma "proposta de caráter transversal e intersetorial visando à redução das desigualdades, promoção de saúde, cidadania e democracia desde as etapas mais precoces da vida" (TEMPORÃO; PENELLO, 2010, P. 188). Essa iniciativa resultou na elaboração de uma pesquisa-intervenção piloto realizada de 2010 a 2011 em cinco municípios brasileiros, constituindo-se uma experiência exitosa (BRASIL, 2010; MENDES, 2012).

incluindo leituras dirigidas de texto, rodas de conversa e estudos de caso de difícil manejo, sempre articulando os referenciais teóricos com a prática no cotidiano dos serviços e territórios, de modo a favorecer a mudança efetiva de práticas.

As dimensões relacionadas com o conteúdo e com a didática articuladas a uma 'imagem objetivo' (TEIXEIRA; PAIM, 2000) almejada para os brasileirinhos e brasileirinhas, com uma visão de mundo inclusiva, foram fortalecidas pelo uso de tecnologias relacionais e da informação. Esta última potencializada pela plataforma de ensino a distância (UniverSUS) que viabilizou a continuidade do processo formativo durante os intervalos entre os encontros presenciais ao longo do ano. O uso desse instrumento se revelou potente devido ao grau de integração obtida nos encontros presenciais e sustentou esse processo a distância. Associado ao trabalho virtual, os encontros presenciais realizados durante as Oficinas de Formação e Fórum de Coordenadores alimentaram as reflexões sobre as situações disparadoras de análises, sinalizando as fragilidades e fortalezas de cada ferramenta adotada com vistas à implementação da PNAISC, considerando o contexto social, político e organizacional de cada território.

No caminhar formativo, a diretriz primordial foi habilitar os envolvidos para intervir nas múltiplas configurações territoriais e arranjos institucionais (MERHY, 2005) vislumbrando a inseparabilidade da gestão e da clínica com ênfase no cuidado com as crianças, mulheres, suas famílias e profissionais envolvidos nas ações.

O percurso metodológico para o relato da experiência

Para o alcance do objetivo deste manuscrito, foram consultados dados secundários referentes aos documentos iniciais do projeto, relatórios da pesquisa, relatórios mensais da gestão e os de campo disponíveis na plataforma em que os diálogos virtuais ocorriam: o 'fórum' especifico para cada grupo regional e o 'ponto de encontro', que envolvia a conversa com todos. Adicionalmente, foram analisados os relatos e sínteses das oficinas de formação dos consultores além das sistematizações realizadas no grupo de consultores do Nordeste em que os textos teóricos utilizados na formação foram problematizados a partir das vivências no processo de trabalho no território. No caso do 'grupo quatro', a participação era intensa e produtiva, sempre a partir dos livres relatos de situações para melhor compreensão do tema em discussão.

Esses relatos de experiência dizem respeito a um período de três anos de trabalho desenvolvido em conjunto e em cooperação mútua não só entre os componentes desse grupo, mas também com os demais atores que compunham o projeto de construção da PNAISC. A identificação das peculiaridades inerentes aos territórios com as suas características, dificuldades e potencialidades foram trabalhadas nessa parceria grupal. É sobre a especificidade dessa trajetória, banhada pelos laços de confiança estabelecidos, pelo cuidado dispensado ao outro, pelas conquistas alcançadas e pelos desafios a serem vencidos, que relatamos algumas vivências. Foi a constituição de um sentido de grupalidade que permitiu a integração total da equipe, ainda que cada profissional estivesse lotado, fisicamente, em diferentes e distantes pontos do País.

Para ilustrar as vivências dos consultores estaduais, utilizou-se exemplificações em boxes contendo a descrição de 'casos ilustrativos' sobre situações críticas e/ou complexas vivenciadas em cada estado e o respectivo manejo do caso. Partiu-se de um modo de fazer que procura identificar, na prática viva dos territórios e serviços, o campo favorável para o exercício da pertinência dos referenciais teóricos que compõem o processo de formação. Vale lembrar, um modo de fazer ancorado na ética do cuidado, na construção

[2] O Grupo 4 é composto pelos consultores estaduais da saúde da criança: Carmen Viana Ramos – Piauí; Janaina Japiassu Pereira Veras – Paraíba; Karla Simone Lisboa Maia Damião – Rio Grande do Norte; Maria Raimunda Gomes Lima – Alagoas; Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins – Ceará; Vilma Costa de Macedo – Pernambuco. Assistidos pelo consultor nacional Paulo Germano de Frias – Pernambuco – e pela consultora/tutora da EBBS Selma Eschenazi do Rosario – Rio de Janeiro.

de cartografias, sobretudo afetivas e na promoção de grupalidade solidária. Um processo que foi todo o tempo partilhado com o grupo de consultores nacionais, estaduais e técnicos da CGSCAM além da equipe da EBBS.

As maternidades prioritárias

Das 32 maternidades elencadas como prioritárias, 8 estão localizadas nos estados do Nordeste, e todas as unidades prioritárias vivenciaram situações complexas. O critério de seleção definido pelo MS para a escolha das maternidades que deveriam receber o apoio institucional foi baseado no número de mortes maternas em um triênio, aspecto que gerou sentimentos ambíguos entre os profissionais e gerentes das unidades. De um lado a satisfação diante da possibilidade de receber uma atenção diferenciada, especialmente aquelas que tiveram uma experiência positiva com o Programa de Melhoria da Qualidade nas Maternidades (PQM) instituído entre os anos de 2010 a 2012 e que seria mantido. Por outro lado, o desconforto diante da exposição pública e do reconhecimento da situação da mortalidade institucional como um problema com repercussões sobre a mortalidade materna e infantil do município e do estado. Apesar do desconforto, houve consenso quanto ao aspecto positivo dessa exposição, considerando a necessidade de dar visibilidade a esse triste quadro na busca de sua reversão.

Naqueles estados em que as maternidades prioritárias vivenciaram períodos de suposta elevação do número de óbitos, com ampla divulgação na mídia, o tensionamento nas relações entre gerentes e profissionais e destes com as usuárias foi intensificado. Ao longo do período do trabalho de campo, em cada estado, pelo menos uma unidade foi fortemente questionada em decorrência do número absoluto de óbitos maternos e/ou infantis ou ainda sua superlotação. Em geral, foram unidades que detinham elevado número de partos, que acolhiam mulheres com gestações de maior risco, que eram de referência estadual, que dispunham de maior densidade tecnológica e, frequentemente, Unidades de Terapia Intensiva materna e neonatal e que atendem usuários do SUS. Algumas funcionavam como polo receptor de partos de algumas regiões de estados vizinhos.

Espera-se que a leitura retrospectiva e crítica das vivências dos consultores estaduais em seus territórios, e em particular nas maternidades apoiadas, possa contribuir com reflexões sobre a importância da formação na constituição de grupalidade, no empoderamento dos trabalhadores e gestores protagonistas da melhoria do cuidado ofertado às mulheres e bebês, no acolhimento ao sentimento de impotência diante das situações difíceis enfrentadas cotidianamente e a sua influência em múltiplos desfechos observados referente à implementação da PNAISC.

Relato sobre uma maternidade de referência em estado do Nordeste com elevado número de óbitos maternos

UMA MATERNIDADE QUE SE RENOVA E SE SUPERA A CADA DIA

A divulgação dos dados de uma das maternidades prioritárias como a de maior número de óbitos maternos, entre as maternidades do Brasil em 2012, repercutiu negativamente na instituição e nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (SMS) da capital. O incômodo inicial favoreceu a parceria entre a SMS e a maternidade prioritária, induzida pelos apoiadores e consultores,

promovendo mudanças substanciais na assistência à mulher no pré-natal e no momento do parto resultando em uma redução da mortalidade materna institucional de 41,4% em 2014. Entretanto, o mesmo não ocorreu com a mortalidade neonatal institucional que permanece elevada (27/1000nv). Diante do cenário, novas estratégias foram pactuadas entre as Secretarias, a maternidade e o MS com vistas a redução das mortes. Algumas ações merecem destaque como a atuação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da maternidade, recém-criado, que além de investigar todos os óbitos ocorridos passou a divulgar os resultados e discutir estratégias para a redução dos óbitos em todos os espaços coletivos possíveis: colegiado gestor das maternidades, grupo condutor da Rede Cegonha (RC), Fórum Perinatal, treinamentos da atenção básica, entre outros.

As vivências de consultores estaduais no apoio às maternidades prioritárias: a constituição de múltiplos arranjos para o adequado cuidado diante de situações difíceis e complexas

"O nosso olhar vai mudando à medida que caminhamos, conforme o nosso percurso. Vamos abrindo os olhos, enxergando coisa que não víamos antes".

Os consultores estaduais de saúde da criança durante a construção do seu modo de operar na produção de saúde, nos diversos pontos assistenciais da linha de cuidado materno-infantil, buscaram contribuir para romper com racionalidades gerenciais burocratizadas que não consideram usuários, trabalhadores e gerentes como sujeitos promotores e beneficiários de cuidado. A constituição e consolidação do trabalho do consultor em saúde da criança foram conformadas paralelamente ao fortalecimento da Rede Cegonha nos territórios, ainda que o seu plano de trabalho fosse substancialmente mais amplo envolvendo outras redes assistenciais nas diversas regiões de saúde dos estados.

A tessitura de redes como passou a ser compreendida pelos consultores estaduais envolveu uma articulação de diversos atores sociais em uma trama relacional de diversos coletivos envolvendo profissionais de saúde, usuários e organizações (TÜRCK, 2001). A construção de cartografias dinâmicas com explicitações dos equipamentos sociais disponíveis e o seu entrelaçamento com os múltiplos saberes e fazeres de atores (BARROS; KASTRUP, 2010) com motivações diversas em busca de um objetivo comum, a melhoria da assistência às crianças, foram essenciais para o avanço das propostas relacionadas com a PNAISC.

A construção de grupalidade solidária em cada maternidade prioritária implicou processos de negociação/renegociação de acordos, um agir comunicativo baseado no respeito às diferenças e no compromisso com a articulação e integração dos sujeitos, além de nivelamento valorativo dos seus integrantes considerando seus campos e núcleos de saberes (BARROS, 1997; CAMPOS, 2007). Além disso, a articulação dos serviços com as áreas técnicas responsáveis pela saúde da mulher e da criança nos âmbitos de gestão municipal e estadual agregou potencialidades nas intervenções, entretanto permeado de desafios relacionados com a partilha de poderes instituídos técnicos e organizacionais e a constituição/consolidação de redes.

Relato sobre espaços de cogestão do trabalho em maternidades

COLEGIADOS SETORIAIS NAS MATERNIDADES COMO DISPOSITIVO

CATALIZADOR DE REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

A existência de colegiados setoriais em algumas maternidades é uma prática vivenciada, sobretudo após a implantação do PQM. Entretanto, adversidades sistêmicas relacionadas à superlotação, estruturas precárias, sobrecarga de trabalho e ausência de coordenações gerou desmobilização, desarticulação e desmotivação dos coletivos. Diante de um processo formativo para promover o apoio institucional, pautado em projetos políticos institucionais focando na ética do cuidado se favoreceu o empoderamento e a autonomia dos sujeitos, protagonistas de suas histórias e da produção de saúde na instituição resgatando o encantamento com a prática clínica e de gestão. Pelo menos em parte, o fomento do consultor e apoiador como elementos implicados com a equipe, com laços técnicos e afetivos foi decisivo no revigoramento e motivação de práticas para cogestão do trabalho. A inclusão de vários setores e categorias, a valorização da contribuição de cada indivíduo no seu campo e núcleo de saber e a possibilidade dos envolvidos pactuarem as situações analisadoras do contexto e se corresponsabilizarem pelos desdobramentos foram indutores de mudanças de atitudes e práticas dos envolvidos com a assistência neonatal.

Reuniões mensais pactuadas no coletivo autogerido, ao tempo em que precisa ser regado, vem progressivamente tornando-se autônomo nas suas construções e se tornando 'Encontros' de pessoas com objetivos comuns e compromissos éticos com o cuidado com as mulheres que buscam assistência, e seus bebês, mas também com os seus pares que prestam o serviço e precisam ser cuidados. Pouco a pouco, foi notório o envolvimento e mudança na atuação dos profissionais, mostrando-se mais motivados e produtivos. O colegiado da neonatologia se mantém como espaço vivo, ativo, com reuniões sistemáticas contribuindo na implementação de boas práticas, fortalecimentos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Banco de Leite Humano entre tantas outras ações. Adicionalmente o favorecimento da articulação e integração entre os entes federados e os serviços tem sido catalisado através do estreitamento de vínculo entre consultor, gestor e profissionais privilegiando o cuidado, acolhimento das necessidades e busca um modo de fazer com o outro na gestão e organização dos processos de trabalho. O sentido de grupalidade solidária nas equipes das Secretarias vem se consolidando no caminhar e na partilha diante dos êxitos e desafios que se descortinam cotidianamente.

Sem dúvida, a constituição dessas redes territoriais e de serviços foi fortemente favorecida e influenciada pelo processo formativo, associado ao cuidado com os integrantes das redes internas de consultores de saúde da criança da CGSCAM. Consultores cuidados e fortalecidos (CAMPOS, 2007) reverberaram e emanaram os mesmos sentimentos nos coletivos dos estados, capitais e serviços e empoderaram os participantes criando ciclos de virtuosidade.

A aplicação metodológica do apoio no âmbito das maternidades por intermédio dos consultores de saúde da criança na busca da democratização, da constituição de sujeitos críticos e com maior autonomia (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013) foi frequentemente exitosa e por vezes tensionada diante de situações complexas e extremas, carregada de pressões e decisões verticalizadas.

A fertilidade do apoio temático e institucional

ESTRATÉGIA PARA INDUÇÃO DA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E ESTÍMULO A ADESÃO AS BOAS PRÁTICAS

Uma das estratégias mais profícuas na implementação da Política Nacional de Saúde da Criança foi o apoio institucional e temático diante da implicação com a ação e possibilidade de induzir reflexões quanto aos ganhos individuais e coletivos da

reorganização do processo de trabalho no âmbito dos serviços e das Secretarias relacionadas ao tema, em particular a de saúde. A desconfiança e insuficiente receptividade diante do desconhecimento do papel do apoio permearam as relações no momento inicial da chegada dos consultores no território. Através do fortalecimento de vínculos, demonstração de trabalho cooperativo e solidário, disposição para construir junto com as equipes valorizando e resgatando as potencialidades, a autoestima e a possibilidade de construção de um projeto de trabalho coletivo, as resistências iniciais se dissiparam. De forma similar a proposição de ofertas ainda não vivenciadas nos serviços causaram estranhamentos a exemplo da constituição de colegiados gestores nos serviços. Em algumas situações portarias internas dos serviços foram necessárias para desencadear a experimentação no coletivo, amortizando as dificuldades iniciais. Aos poucos a lógica da cogestão se capilarizou nos discursos dos profissionais que se empoderaram do seu papel de cogestores do cuidado, mesmo que de forma parcial.

A maternidade prioritária tem um papel importante na indução de processos em outras instituições do estado, pois é certificada como referência no método canguru e tem tutores em reanimação neonatal. No entanto, o tempo político não acompanha as necessidades técnicas, e mesmo diante da impotência, do sofrimento dos trabalhadores e insuficiente apoio da gestão institucional, os profissionais buscam a partir dos seus ideais sustentar os processos e avançar. Diversas capacitações foram realizadas na instituição e para outros serviços sobre o método canguru, o aleitamento materno, a reanimação neonatal, o acolhimento com classificação de risco e a implantação das boas práticas, entre outras. Apesar disto os avanços na adesão às proposições da RC relacionadas às boas práticas foram distintos na atenção neonatal e obstétrica, a primeira com maior receptividade às mudanças de prática. A maternidade prioritária foi a que mais conseguiu captar recursos (habilitação/ampliação de leitos neonatais, centro de parto normal, reforma do alojamento conjunto e da casa da gestante, bebê e puérpera, equipamento para UTI neonatal), porém apenas um quinto dos recursos foi efetivamente investido no serviço, mostrando a fragilidade quanto a autonomia financeira. Adicionalmente, o monitoramento de indicadores institucionais com vistas a melhoria da qualidade da assistência e o redirecionamento das ações permanecem carecendo de investimentos. No período as experiências acumuladas ajudaram no compartilhamento de informações e os serviços aos poucos estão se matriciando em relação a implantação das diretrizes da RC. Apesar disto destaca-se que se mantém necessárias estratégias focadas para os serviços universitários que apresentam uma estrutura rígida de gestão e com insuficiente abertura para aderir ao trabalho articulado com a lógica do apoio institucional.

Não é demais assinalar que, em alguns territórios e serviços, os consultores estaduais observaram um aparente desvirtuamento e uso inadequado do termo apoio, ao não favorecer a constituição de espaços colegiados que promovem a cogestão e corresponsabilização de sujeitos fortalecidos, autônomos, críticos e protagonistas nas organizações (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Por vezes, profissionais de saúde denominados de 'apoiadores' assumem equivocadamente ou deliberadamente, com ou sem respaldo institucional, a postura de 'auditores acríticos, meramente normativos' sobre um fazer que lhes tenha sido responsabilizado. Essa prática dissonante da perspectiva em construção na formação dos consultores de saúde da criança, por vezes, gerou desconforto, disputas e desacomodações, sobretudo quando as iniciativas eram legitimadas pelos poderes instituídos nas organizações.

Em algumas situações, a ativação de espaços comunicativos e de deliberação conjunta foi imprescindível para a organização de fluxos assistenciais que rompessem a burocratização de modelos organizacionais verticalizados que priorizavam os encaminhamentos e a desresponsabilização com o sujeito e que fragmentavam o cuidado (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013; CAMPOS, 1999). O apoio institucional ofertado pelos consultores de saúde da criança em momentos difíceis de estrangulamento da rede

assistencial favoreceu o equilíbrio, mesmo que transitório. Isso foi possível a partir de uma prática consubstanciada por uma teoria, valorizando o processo de trabalho interprofissional entre serviços, em redes regionais com envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários.

A implicação dos consultores no processo de formulação e implementação da PNAISC pautada em referenciais de inclusão e participação dos interessados, cuidado colaborativo, cogestão e corresponsabilização ampliou a percepção sobre as habilidades dos trabalhadores e sobre o processo de aprendizagem compartilhada. A indução de um agir solidário e comunicativo promovido pelos consultores possibilitou em muitas vezes a melhoria da colaboração entre profissionais para lidar com problemas complexos. Por vezes, situações de crise institucional contribuem para aflorar e fortalecer espaços de diálogo deliberativo, que se ampliou na participação de muitos 'na gestão', seja por meio de profissionais de saúde, representações institucionais ou usuários.

O desafio do trabalho solidário diante da crise na assistência ao parto e nascimento

A JUNÇÃO DE DUAS MATERNIDADES: CRIANDO FIOS E SUPERANDO DESAFIOS

Duas maternidades vinculadas a diferentes universidades são referência para a gestação de alto risco no Estado. Enquanto a 1ª situa-se em hospital geral, a 2a é exclusivamente maternidade, referência para 56% dos municípios do Estado, selecionada como prioritária devido à elevada mortalidade materna e neonatal. Esta última é a referência estadual para o Programa Nacional de Triagem Neonatal, os Bancos de Leite Humano, o Método Canguru e o atendimento as Mulheres Vítimas de Violência Sexual.

A maternidade prioritária, conhecida pela permanente situação de porta aberta e superlotação, diante da necessidade de reforma estrutural provocou uma redução de leitos intensificando a superlotação e estrangulando o acesso das gestantes a assistência ao parto na capital. Diante do cenário, equipes, equipamentos, materiais e usuários são transferidos e acomodados na outra maternidade da universidade federal, sendo pactuado o funcionamento conjunto por 9 meses. O desafio inicial foi acomodar num mesmo espaço, dois serviços com histórias e processos de trabalho distintos e em alguns momentos, contraditórios. A maternidade prioritária com equipes trabalhando dispositivos e práticas ainda não implantadas pela maternidade que a acolhia, gerando muito desconforto. Outro desafio se relacionou a manutenção dos recursos de incentivo da Rede Cegonha na sua totalidade para as duas maternidades, mesmo com a redução de leitos, decorrente da necessidade de adequação para funcionar os dois serviços em um único espaço. O pacto entre as três esferas de governo, mediado pelos apoiadores e consultor, viabilizou o repasse integral de recurso pelo MS para as maternidades. Em contrapartida, o Estado e o município garantiram a assistência a gestante e ao recém-nascido.

Os diferentes modos de produção de saúde de cada serviço, às condições de atendimento e a convivência induzida, produziu conflitos, desencontros e sofrimento para as duas equipes. As dificuldades foram paulatinamente minimizadas como o apoio e acolhimento promovidos pelos consultores e apoiadores, pelo acompanhamento do Grupo Condutor da Rede Cegonha, do Ministério Público e do Colegiado de Maternidades da capital. O uso de tecnologia relacional com as Rodas de Conversa semanal entre os gestores e coordenadores das duas maternidades, o compartilhamento de saberes se por um lado produziu confrontos e correlações de forças, por outro, a convivência e os vínculos criados contribuíram para que mesmo num ambiente adverso, a assistência fosse garantida. O reflexo mais concreto do fortalecimento desses novos vínculos foi construção compartilhada do Plano Único de

Ação para implementação das Práticas Neonatais nas duas maternidades; resultante do estágio no Hospital Sofia Feldman promovido pelo Ministério da Saúde. Ao retornar para seu espaço de origem no mês 01/2015, a maternidade prioritária leva o aprendizado com a formalidade dos processos instituídos da maternidade federal e deixa para ela, que os laços e afetos produzidos no cuidado supera a adversidade do leito improvisado no corredor.

Os arranjos e formatos do apoio ofertado pelos consultores de saúde da criança nos vários territórios e serviços tiveram diferentes conformações como estratégia para se adaptar aos contextos locais, no entanto com a preocupação de não perder a essência da proposição. A amplitude do trabalho em cada maternidade, os conteúdos priorizados, a integralidade da oferta e a intensidade no desenvolvimento das intervenções relacionadas com os eixos principais da PNAISC foram negociadas considerando as necessidades do serviço e o tempo disponível para as múltiplas atividades.

A constituição dos colegiados setoriais, sempre que possível com a presença do consultor estadual, mostrou-se uma boa estratégia em alguns serviços. Esses espaços institucionalizados em muitas maternidades ampliaram a comunicação dialógica e a corresponsabilização pelo cuidado compartilhado (CAMPOS, 2000). O estabelecimento prévio de um contrato pactuado no coletivo quanto à forma de operar, flexível o suficiente para se ajustar às necessidades percebidas no grupo, foi um traço comum das experiências exitosas. De forma igual, os que investiram na administração da falta de tempo na agenda, traço comum, e na gestão de conflitos que repercutiam nas práticas dos serviços, tomando-as como analisadores das situações e suas repercussões em desfechos negativos, possibilitaram a proposição de soluções que emergiram do próprio grupo (CAMPOS, 2011).

Os colegiados setoriais exitosos, ao promoverem processos de reflexão sobre as práticas, possibilitaram a ressignificação dos acontecimentos e a reconstrução de processos de trabalho que padeciam de certezas cristalizadas e inquestionáveis. A ênfase dos consultores estaduais em cuidar dos cuidadores, buscando a valorização de cada um na sua singularidade e potencialidade, por meio de uma escuta atenta e qualificada (CAMPOS, 2007), algumas vezes foi decisiva no reencontro do trabalhador com a redescoberta do desejo de ofertar cuidado qualificado no fazer cotidiano.

Parece que o processo formativo dos consultores estaduais, aliado à gestão cotidiana do trabalho e à radicalidade democrática da construção, estimulou um elevado nível de implicação na formulação e implementação da PNAISC e possibilitou o reencantamento do ato de 'produzir saúde' apesar dos permanentes desafios. Contraditoriamente, o percurso foi permeado de frustrações diante de obstáculos aparentemente intransponíveis mesmo que momentâneos. Para essas, situações a valorização de um aprendizado na busca de caminhos alternativos foi uma das estratégias que culminaram em exemplos vivos de protagonismo e autonomia, pela possibilidade de análise crítica por parte dos consultores e demais envolvidos nas ações.

Não faltaram exemplos de notícias de grande repercussão negativa nacional sobre mortes de mulheres e crianças em maternidades prioritárias que mobilizaram coletivos constituídos na busca dos melhores caminhos para enfrentar as adversidades. Em algumas situações, a mobilização de trabalhadores, usuários e gestores fez a diferença na publicização de uma defesa incondicional de princípios éticos e compromisso com a vida e contra a manipulação de dados que gerem desinformação.

O desafio diante da divulgação de dados sobre a situação institucional

MATERNIDADE DE ALTO RISCO E OS SEUS RESULTADOS NA MÍDIA NACIONAL

Em diversas maternidades prioritárias, recorrentemente, são divulgadas na mídia nacional ou local, denúncias sobre o excesso de óbitos maternos e neonatais. Estas maternidades são selecionadas por serem serviços de referência para o alto risco e onde se concentram o maior número de óbitos maternos do País, que em geral, dispõem de estrutura e tecnologias densas, frequentemente com UTI. Informações expostas na mídia, sem o devido aprofundamento das questões, por vezes geram repercussões negativas, com a culpabilização dos serviços, acirramento de conflitos usuário/trabalhador/gestor e sofrimento coletivo diante da crise. Em 2014, de forma igual, se repetiu a situação sendo denunciada uma suposta elevação da mortalidade neonatal institucional, com depreciação pública explícita do serviço. A repercussão da matéria causou incômodo, frustação e sofrimento de profissionais que se sentem impotentes diante das mortes destas crianças. Por outro lado provocou a sua mobilização, das coordenações da maternidade, gestão das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, ministério público e apoiadores tomando a mortalidade neonatal da maternidade como analisador da situação no contexto da Rede Cegonha (RC).

A análise da cadeia de eventos envolvida na determinação da mortalidade neonatal na instituição, em diversos espaços coletivos, possibilitou identificar estrangulamentos relacionados aos diversos níveis de atenção e constituir grupos de trabalho com vistas ao enfrentamento da situação partilhando responsabilidades mais solidariamente. Igualmente importante foi o reconhecimento quanto à importância do serviço para região do estado e a mobilização popular daí decorrente, capitaneada pelos servidores, e como demonstração do apoio promoveu um "grande abraço" coletivo à maternidade. Desdobramentos se seguiram, entre eles o município sede da região reinstitui o comitê de mortalidade materna e infantil, inicia a organização dos núcleos de epidemiologia hospitalar e se, amplia a participação nos Fórum Perinatal Regional etc. Adicionalmente intervenções como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, habilitação de leitos de cuidados especiais neonatal, inauguração da UTI materna, ampliação da UTI neonatal, equipamentos para o banco de leite, implantação de acolhimento com classificação de risco e apoio da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais foram acelerados e ou viabilizados.

Nesse sentido, os consultores de saúde da criança associados aos apoiadores temáticos e de serviços investiram fortemente em Fóruns Perinatais, espaço plural em que se encontram regularmente: gestores estaduais e municipais, profissionais e gerentes de vários pontos da rede assistencial materno-infantil, usuários e entidades de classe e de defesa dos direitos. O Fórum, ao incluir e problematizar sobre o perfil epidemiológico e assistencial das regiões de saúde, abre espaço para o diálogo franco com a sociedade. Por vezes, o nível de protagonismo de movimentos sociais organizados, como o de mulheres ou ainda o Ministério Público, tem possibilitado a explicitação de situações extremas e fundamentado proposições de intervenções com vistas a sua superação.

A experiência em um Fórum Perinatal e a participação do movimento social

ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO COLETIVA PARA GESTÃO DA ATENÇÃO PERINATAL

Os Fóruns Perinatais foram implementados em diversas instâncias estaduais, regionais, municipais e distritais caracterizado por diferentes conformações ajustadas ao longo dos três anos da experiência. Independente do arranjo institucional se constituiu em um coletivo plural, interinstitucional, onde se firmaram acordos éticos e políticos entre os entes federados, serviços e profissionais de saúde, conselhos, ministério público e sociedade civil, para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e criança.

Neste espaço permeado de tensões e conflitos, expressão de uma rede de atenção à saúde socialmente construída, emergiu informações, iniciativas e pactos sinalizadores de que é possível garantir uma melhor atenção às mulheres e às crianças.

O encontro entre sujeitos interessados na atenção à mulher e à criança com a seleção de situações simbólicas sobre o cuidado oportunizou a análise e tomada de decisão sobre temas relevantes. Em uma sequência profícua de relatos de desrespeito aos direitos das mulheres e crianças, sobretudo em maternidades e as discordâncias no coletivo, quanto a sua existência rotineira e/ou intensidade com que acontece, o movimento de mulheres da cidade decidiu realizar avaliação das maternidades. Para tanto constituíram grupos de trabalho independente para elaborar roteiro para coleta de dados utilizando observações e diálogo com as parturientes e puérperas. Todas as maternidades da cidade foram visitadas e geraram relatórios apresentados e discutidos no Fórum. As gestões dos entes responsáveis pelos serviços e seus respectivos gerentes e profissionais foram induzidos a, mais que responder, discutir práticas e instituir planos de ação com vistas a oferecer um cuidado adequado e respeito à autonomia das mulheres. O Fórum, como uma arena política e democrática, aberto a pluralidade, espaço onde as disputas de saberes e poderes são capitalizados, tem resultado em desdobramentos promissores com o sentido da constituição de planos de trabalho com um forte viés solidário, mesmo que permeado de desconforto, impasses e disputas.

Conclusão

Essa experiência envolveu profissionais oriundos de todos os estados brasileiros. Em comum, o seu interesse com a causa da atenção integral à saúde da criança em seus respectivos territórios/serviços de atuação. A maioria dos profissionais não se conhecia, com poucas exceções. O primeiro efeito benéfico da realização dessa atividade foi a constituição de uma rede fortalecida progressivamente por meio da criação de vínculos afetivos, fomentadores de troca de experiências, aprendizado mútuo, solidariedade, entre outros atributos. Os relatos apresentados no artigo são elucidativos das transformações sofridas pelos profissionais que, por diversas vezes, reconheceram que mudaram o seu modo de enxergar seu trabalho e também sua vida pessoal. Aprenderam, uns com os outros, a desnaturalizar o seu olhar, antes possivelmente enevoados pelas dificuldades encontradas para lidar com situações muito difíceis e cronificadas no ambiente de trabalho. Essas situações se resolveram a partir disso? Claro que não, mas o incômodo ficou mais visível, e a vontade de promover mudanças passou a se configurar como desafios a serem vencidos. Entenderam o permanente processo de construção do coletivo. Deixaram de ver, por exemplo, a questão da mortalidade materna, neonatal e infantil apenas como números, pois se trata de situações trágicas que afetam diretamente o cotidiano dos familiares envolvidos e indiretamente os profissionais responsáveis por esses serviços. Passaram a refletir sobre o significado e o impacto da situação. Com a existência de equipamentos e recursos tudo se resolve? Não é isso que o cotidiano tem demonstrado. Muitos profissionais estão sofrendo para ir trabalhar em espaços que são de nascimento, vida e alegria, onde a morte deveria ser a exceção; por vezes acabam preponderando a dor e o sofrimento, não apenas para os familiares diante de uma suposta incapacidade de ruptura com o instituído. Dessa reflexão feita em grupo presencial surgiu a nossa inspiração para o foco deste relato e que dá título a este trabalho. O estranhamento que impacta a todos é que: maternidade não é um lugar para morrer, é um lugar para nascer, para viver!

Colaboradores

Todos os autores foram responsáveis pela concepção do artigo, busca bibliográfica e descrição das experiências em seus territórios. Selma Eschenazi do Rosario sistematizou

as produções de cada autor. Paulo Germano de Frias redigiu a primeira versão, e todos os autores contribuíram na versão submetida, aprovando a versão final. O conteúdo das figuras foi produzido por Vilma Costa de Macedo, Carmen Viana Ramos, Janaina Japiassu Pereira Veras, Karla Simone Lisboa Maia Damião, Maria Raimunda Gomes Lima e Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde do Brasil, às Secretarias de Saúde dos estados e capitais do Nordeste, à Fiocruz e aos serviços de saúde pelo apoio durante o desenvolvimento dos trabalhos e possibilidade de corresponsabilização nas ações do Projeto de Formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Financiamentos

Os autores declaram que foram bolsistas do Projeto Formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC/MS), desenvolvendo ações em pelo menos um dos três eixos de ação do Projeto, gestão, formação ou pesquisa. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, p. 313-324, 2014.

AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura 6* – Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BARROS, M. E.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:* valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 75-84.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 52-75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias em Saúde. *O futuro hoje:* Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador:* uma proposta para os profissionais de saúde. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Campo e núcleo de conhecimentos e de responsabilidade. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Memórias*

de um médico sanitarista que virou professor enquanto escrevia sobre. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 117-118.

_____. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paideia:* apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.

FRIAS P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008:* 20 anos de Sistema Único de Saude (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 85-110.

MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

MENDES, C. H. F. (Coord.). *Sumário de Pesquisa Avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, E. E., FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, p. 151-163, 2012.

_____. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 316-323, 2003.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

PENELLO, L. M. 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, L. M., LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:* a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 29-48.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:* a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PENELLO, L. M. *et al*. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. *Trivum*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 106-113, 2011.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental:* transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34 n. 85, p. 187-200, 2010.

TÜRCK, M. G. M. G. *Rede interna e rede social:* o desafio permanente na teia das relações sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

O desafio da mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento nas Maternidades Prioritárias do estado do Rio de Janeiro

The challenge of changing the care model of labor and birth in the Priority Maternity Hospitals in the state of Rio de Janeiro

Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira[1], Amanda Almeida Mudjalieb[2]

RESUMO Relato de experiência do Grupo de Trabalho das Maternidades Prioritárias (GTMP) do Rio de Janeiro, no contexto de implementação da Rede Cegonha, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. Em 2013, foram identificadas 32 Maternidades Prioritárias no Brasil para redução de óbitos maternos, sendo 6 destacadas no estado para acompanhamento. Formou-se o GTMP como apoio às equipes na qualificação das práticas de atenção ao parto e nascimento e na redução da mortalidade materna/neonatal. Nesse GT, que funcionava com reuniões mensais e visitas às Maternidades, gestores e profissionais experimentaram o trabalho em equipe em cogestão. As rodas de conversa funcionaram como dispositivos de reflexão para mudança do processo de trabalho, e a adesão dos atores foi fundamental para concretizar as ações.

PALAVRAS-CHAVE Parto; Mortalidade materna; Mortalidade infantil.

ABSTRACT *Experience report of the Working Group of Priority Maternity (WGPM) of Rio de Janeiro, in the context of implementation of the Stork Network, coordinated by the Health State Department. In 2013, 32 Priority Maternity Hospitals in Brazil were identified to reduce maternal deaths, being six highlighted in the statefor monitoring. The WGPM was formed as a support to the teams in the qualification of labor and birth care practices and in reducing maternal and neonatal mortality. In that WG, which happened with monthly meetings and visits to the Maternities, managers and professionals experienced teamwork in co-management. The conversation circles functioned as reflection devices to change the labor process, and the accession of actors was fundamental forthe achievement of the actions.*

KEYWORDS *Parturition; Maternal mortality; Infant mortality.*

[1] Médica. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Rio de Janeiro. *rosanesvp@uol.com.br*

[2] Psicóloga. Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Assessora da Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *amandamudja@gmail.com*

Introdução

A redução da mortalidade materna continua sendo um grande desafio para o Brasil, notadamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2013, a taxa de brasileiras que morreram na gestação, parto ou em decorrência de suas complicações foi equivalente a 69 a cada 100 mil nascimentos. Isso representa quase o dobro da meta assumida nos Objetivos do Milênio (PORTAL ODM, 2013). Para atingir a meta prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil precisa reduzir para número igual ou inferior a 35 óbitos maternos por cada grupo de 100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2011A). As ações de qualificação da assistência materno-infantil têm por objetivo atender a essas metas e melhorar a assistência às gestantes, mães, bebês e famílias.

Segundo dados do Censo 2010, a mortalidade infantil no Brasil foi reduzida praticamente pela metade (47%) na última década, passando de 29,7 para cada mil crianças nascidas vivas para 15,6 em 2010. A Meta 4 dos Objetivos do Milênio das Nações Unidas, de reduzir a mortalidade infantil em dois terços até 2015, já foi alcançada, porém o componente neonatal da mortalidade infantil decresceu pouco e continua um desafio a ser vencido (VICTORA, 2011).

Considerando que no Brasil os indicadores de mortalidade materna e infantil, especialmente o componente neonatal, ainda são elevados, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2011 a estratégia da Rede Cegonha (BRASIL, 2011A). A Portaria GM/MS 1.459/2011 institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS 650/2011 dispõe sobre a construção de Planos de Ação Regionais (BRASIL, 2011A; BRASIL, 2011B), para a qualificação da assistência materno-infantil em cada região de saúde, sobre o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha institui propostas de mudanças no modelo assistencial com inclusão de boas práticas da assistência ao parto e nascimento e, em contrapartida, oferta investimentos para incorporação de melhorias na ambiência, reformas e ampliações, aquisição de equipamentos e ampliação de custeio.

Em 2013, foram identificadas 32 Maternidades no Brasil com maior número de óbitos maternos nos últimos 3 anos, sendo consideradas Maternidades Prioritárias da Rede Cegonha para o desenvolvimento de ações de qualificação com o objetivo de impactar na redução da mortalidade materna em nosso País. Fazem parte da estratégia de intervenção a construção de Planos de Ação, o registro de dados no FormSUS e a presença de um apoiador de serviço nas Maternidades.

No Rio de Janeiro, foram identificadas seis Maternidades Prioritárias, e o objetivo desse trabalho é discutir os avanços nos processos de trabalho dessas Maternidades no período de maio de 2013 a dezembro de 2014, por meiode ações conjuntas desenvolvidas para o enfrentamento dessa questão, com destaque para o 'como fazer', enfatizando no grupo das Maternidades Prioritárias do Rio de Janeiro os 'modos de fazer saúde', em que gestão e atenção caminham juntas.

Trata-se de um relato de experiência da organização do Grupo de Trabalho das Maternidades Prioritárias (GTMP) do estado do Rio de Janeiro, que teve início em maio de 2013, com realização de reuniões mensais e rodas de conversa com os gestores e trabalhadores das seis Maternidades participantes desse projeto.

Esse Grupo de Trabalho (GT) é coordenado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Aleitamento Materno da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), que também coordena o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. A SES-RJ vem atuando na implementação da Rede Cegonha no estado desde 2011, quando aderiu a esse programa, e é responsável pela implementação dessa Rede em todo o estado, promovendo reuniões, rodas de conversa, visitas às nove regiões de saúde, seminários e oficinas de boas práticas, entendendo esses

encontros como dispositivos de mudança do modelo de atenção e de gestão. Essa foi uma ação interfederativa que envolveu MS, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Esse GT, bem como o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, conta com o apoio institucional realizado pela consultora de saúde da criança/aleitamento materno e apoiadora da saúde da mulher do MS.

O MS instituiu por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) em 2012, em parceria com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (EBBS/IFF/Fiocruz), o papel do consultor de saúde da criança do MS, que atua nos estados, dentro da Política Nacional de Saúde da Criança, tendo como primeira ação estratégica a atenção à gestação e ao nascimento, primeiro passo para o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2015).

A participação do consultor de saúde da criança nas reuniões do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha teve por objetivo não só inserir as ações de saúde da criança, mas também aproximar o MS da gestão nos territórios, nos estados e municípios. A formação dos consultores estaduais teve o apoio de consultores nacionais da CGSCAM, de tutores da EBBS e de um grupo de pesquisa responsável pela avaliação de todo esse processo coordenado pelo MS.

Este trabalho visa registrar esse processo de acompanhamento das seis Maternidades Prioritárias desenvolvido no Rio de Janeiro, a partir do contexto de implementação da estratégia da Rede Cegonha em todo o estado.

Desenvolvimento das ações

De acordo com Campos (CUNHA; CAMPOS, 2010), apoiar é uma função coletiva que se expressa em um determinado modo de fazer e que busca a criação da grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos organizados para a produção de saúde.

Tendo como referência essas noções, a Coordenação do Grupo Condutor da Rede Cegonha no estado do Rio de Janeiro vem conduzindo a implementação dessa Rede no estado, usando como dispositivo de mudança o Método Paidéia ou da Roda como forma de ampliar a participação dos gestores e trabalhadores nos processos de trabalho e tomada de decisões.

As reuniões do GT das Maternidades Prioritárias foram permeadas por esses conceitos, expressos na forma como eram conduzidos os grupos pela Coordenação, alinhados com a proposta dos consultores/apoiadoresde inclusão das experiências e demandas dos gestores e trabalhadores participantes do Grupo, buscando dar um sentido coletivo às ações e às propostas de mudança de práticas.

A proposta dos encontros mensais com as Maternidades Prioritárias foi de produzir um espaço para pensarmos sobre as práticas, analisar, refletir e levar para o cotidiano dos serviços as sugestões produzidas pela análise em grupo, trabalhando na lógica da Educação Permanente em Saúde. Um processo de reflexão, em que todos são sujeitos e busca-se a produção de um coletivo organizado, com potência para análise e para agir.

Ao pensar o trabalho em saúde, Merhy (2002) lança mão da imagem de valises tecnológicas/caixas de ferramentas para descrever os instrumentos e as tecnologias que o profissional usa para atuar no encontro com o usuário. Tecnologias duras, leve-duras e leves, referindo-se, nas tecnologias leves, às das relações, aos saberes relacionais, responsabilização, vínculo, atos de fala, trabalho vivo em ato. Vencer as resistências e ruídos nos grupos é tarefa de todos e do consultor/apoiador em particular. As ofertas, tecnologias duras, leve-duras, eram colocadas na roda, mas as tecnologias das relações tinham um papel fundamental para promover a aceitação ou a resistência às propostas e sua

execução pelo grupo, sujeitos de suas práticas no cotidiano.

Essa forma de trabalhar com as equipes tem diretrizes comuns à lógica da Educação Permanente em Saúde, entendendo que a integralidade é um desafio que implica na mudança do processo de trabalho e de produção do cuidado (BARROS; BARROS, 2007; CECCIM, 2005). Nesse sentido, as rodas de conversa representaram espaços estratégicos para reflexão e mudança.

> Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas. Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho. (CECCIM, 2005, P. 166).

Vale destacar que, nas reuniões mensais, atrelamos visitas às Maternidades Prioritárias, realizando, no mesmo dia, nossa reunião mensal e uma visita a toda Maternidade, buscando conhecê-la e reconhecer processos de mudança voltados para as boas práticas já em andamento nos serviços.

Alguns depoimentos dos profissionais nessas rodas de conversa mostram a potência desses encontros em produzir mudanças e impactar a assistência oferecida pelas equipes, apontando para a produção qualificada do cuidado, como será descrito a seguir.

Destaque para dois momentos da implementação da estratégia das Maternidades Prioritárias no estado do Rio de Janeiro

A identificação das seis Maternidades Prioritárias do Rio de Janeiro — Reunião do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Local: Rio de Janeiro. Data: maio de 2013

Na primeira reunião das Maternidades Prioritárias do Rio de Janeiro, em maio de 2013, foram apresentados pela representante da Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres do MS os dados e a situação nacional de 32 Maternidades com maior mortalidade materna nos últimos 3anos e elencada a situação das 6 Maternidades do estado.

Na reunião, em roda, a reação do grupo de gestores presentes foi de espanto e indignação, e muitas justificativas foram dadas para aquela situação, geralmente relatando a dificuldade em *"dar conta"* do entorno (fragilidade do pré-natal na Atenção Básica, peregrinação a partir de outros hospitais e municípios vizinhos, alta gravidade dos casos que chegavam da Rede etc.).

Foi destacada, porém, por um gestor, a importância de reconhecer, apesar de tudo isso, as falhas que ocorrem nas próprias Maternidades. *"É preciso encarar este desafio"*, disse. A Maternidade como um ponto central e potencial irradiador das boas práticas e mudanças foi o destaque dado pelo MS.

Ressaltamos a importância das relações que se deram naquele momento. Ofertas foram sendo colocadas na mesa, e a roda fluindo. Os gestores falaram de suas dificuldades segundo a forma peculiar de cada um, a convivência de Maternidades na região que parecem *"a Etiópia"* e outras *"a Finlândia"*, como disseram, comparando seus recursos e trocando apoio e informações.

Ao final, ficou combinado por sugestão de um dos diretores que essas reuniões não poderiam parar. Precisavam de encontros mensais.

Assim tem sido, sob a Coordenação do

Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, que vem capitaneando essa ação. Esses encontros têm sido muito potentes em gerar mudanças nas práticas. As equipes das Maternidades Prioritárias construíram seus Planos de Ação com ajuda dos apoiadores institucionais, que atuaram em todas as Maternidades no início dessa ação (atualmente, em 2015, somente três Maternidades contam com a presença de um apoiador, as outras três Maternidades não estão com apoiadores de serviço), e foram apresentados nas reuniões mensais do GT. Algumas diretrizes da Rede Cegonha foram iniciadas e implementadas nas Maternidades, como os Colegiados Gestores, o Acolhimento e Classificação de Risco, a garantia da presença do Acompanhante da Gestante, que aconteceram de maneira diferente em cada Maternidade, sendo acompanhadas pelos apoiadores e pela equipe da SES-RJ.

I Seminário de Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento. Local: Belo Horizonte. Data: novembro de 2013

As seis Maternidades Prioritárias do Rio de Janeiro, gestores, equipes e consultor do Rio de Janeiro participaram do Seminário de Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento em Belo Horizonte, organizado pela equipe do MS, que incluía a discussão de um caso clínico que abordava a assistência a uma gestante durante os vários períodos do trabalho de parto e as evidências científicas que embasavam as práticas (OMS, 1996). Os participantes foram divididos em grupos, e a cada momento do texto era discutida a prática dos profissionais em seus hospitais relacionada àquela fase do trabalho de parto.

Paralelamente a essa leitura e reflexão, abaixo de cada trecho, podíamos ler resumos de meta-análises e evidências científicas que apresentavam as condutas consideradas boas práticas para aquele momento do parto (OMS, 1996).

No último dia, um relator de cada grupo apresentou na grande roda a reflexão e o os desafios para mudança explicitados a partir daquela discussão. *"Pudemos refletir sobre o que avançamos e o quanto precisamos ainda avançar"*. Uma enfermeira do grupo terminou a dinâmica na roda recitando parte do trecho da música 'Por você' de Frejat, para ressaltar o desejo de mudança, de não serem mais os mesmos depois da oficina. A inclusão de novas propostas no Plano de Ação de seus próprios hospitais foi a atividade final do dia, levando da teoria à prática a reflexão.

No ano de 2014, a Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Aleitamento da SES-RJ, inspirada na experiência do Seminário em Belo Horizonte, organizou junto com os Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha seminários e oficinas sobre boas práticas do pré-natal, parto, nascimento e saúde da criança nas nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, iniciando na Região Serrana, em julho de 2014, e encerrando na Região das Baixadas Litorâneas, em dezembro de 2014. Esses 9 encontros, entre seminários e oficinas, reuniram aproximadamente 2 mil pessoas em todo estado, contando com a presença de gestores e profissionais de saúde predominantemente.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança/OMS/Unicef (BRASIL, 2014) passou a fazer parte da discussão em alguns desses seminários, como uma ação sinérgica à Rede Cegonha que também qualifica as práticas. A Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014, redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS e inclui critérios, como o Cuidado Amigo da Mulher, em sua habilitação.

Resultados

Alguns resultados desse processo merecem destaque:

– Construção dos Planos de Ação das Maternidades Prioritárias, apresentados e debatidos pelo GT mensal de acompanhamento desse trabalho;

– Organização do Acolhimento e Classificação de Risco na porta de entrada de todas as Maternidades Prioritárias, com especial destaque para as duas Maternidades que não possuíam esse dispositivo implantado;

– Aprovação de um dos hospitais pelo MS, em outubro de 2014, quanto ao cumprimento dos critérios para a conquista do título de Hospital Amigo da Criança/OMS/Unicef. A avaliação incluiu os novos critérios da IHAC: o Cuidado Amigo da Mulher e o Direito ao Acompanhante do Recém-Nascido de Risco (Portaria nº 1.153, de 22/05/2014) (OMS, 1996). Esse foi o primeiro hospital do Brasil a conquistar o título nesse novo modelo;

– Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha construídos nas nove regiões do estado do Rio de Janeiro no período em questão, com 100% de Grupos Condutores Regionais em ação;

– Seminários de boas práticas realizados nas nove regiões com presença maciça dos profissionais, da gestão e da assistência.

Desafios

Da mesma forma, alguns desafios vêm sendo apontados pelo grupo e precisam ser enfrentados:

– Manter as boas práticas e consolidar as ações do novo modelo de atenção proposto pela Rede Cegonha;

– Ter acesso aos indicadores do FormSUSpara análise dos dados e fortalecimento da tomada de decisão;

– Garantir o repasse de recursos da Rede Cegonha para o estado do Rio de Janeiro;

– Avaliar o andamento do projeto das Maternidades Prioritárias para o ano de 2015, considerando a possibilidade de transformá-las em estratégicas;

– Avaliar a presença dos apoiadores de serviço nas Maternidades Prioritárias, considerando junto com a equipe local o trabalho realizado e o contexto de cada Maternidade;

– Avançar na implementação do Fórum Perinatal da Rede Cegonha no estado do Rio de Janeiro, que se iniciou na Região Metropolitana I em maio de 2015.

Conclusão

Esse método de atuar em equipe, em cogestão, com reuniões mensais e visitas às Maternidades, valorizando a roda, representou um movimento contra-hegemônico à política de ações verticalizadas, 'de cima para baixo', em busca da construção interfederativa e coletiva de ações de enfrentamento das dificuldades trazidas, e o desafio de redução da mortalidade materna e neonatal no estado. Segundo os membros do grupo, esse dispositivo foi considerado estratégico por promover a 'magia do encontro' e induzir os processos de mudança necessários. A participação dos gestores e equipes foi fundamental para a mudança no processo de trabalho e de produção do cuidado descrita neste trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos aos diretores e equipes das seis Maternidades Prioritárias do estado do Rio de Janeiro pela adesão à proposta de trabalho e empenho nas ações.

Agradecemos a toda aequipe da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e da CGSCAM, em especial à tutora da EBBS, Elizabeth Müller, e aos pesquisadores Jorge Zepeda e Bruno Emerich.

Agradecemos também à consultora nacional, Sônia Venâncio, e à consultora estadual do Espírito Santo, Wanêssa Poton, pela colaboração na revisão do texto. ■

Referências

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:* valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 75-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 650, de 5 de outubro de 2011*. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal (PAR) da Rede Cegonha e sobre os indicadores estratégicos. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 1 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS no 1.130, de 5 de agosto de 2015*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acessoem: 13 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio de 2014*. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 1 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui a Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 1 fev. 2015.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Method Paideia democratic management at work. *ORG & DEMO*, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

MERHY, E.E. *Saúde:* a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Boas práticas na assistência ao parto e nascimento*. 1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. Acesso em: 1 set. 2015.

PORTAL ODM. *Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br>. Acesso em: 16 nov. 2013.

VICTORA, C. *et al*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, Londres, p. 32-46, 2011.

Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis em maternidades prioritárias brasileiras

Attention to bond and communication of bad news in Brazilian priority maternity hospitals

Carlos Lugarinho[1], Maria de Lourdes Feriotti[2], Priscila Magalhães[3], Suely Marinho[4]

[1] Médico e psicanalista. Pós-graduado (MBA) em gestão empresarial com ênfase em saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Colaborador eventual do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *carlugar@gmail.com*

[2] Terapeuta ocupacional. Mestre em educação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) – Campinas (SP), Brasil. Colaboradora eventual do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *mlferiotti@gmail.com*

[3] Psicóloga e psicanalista. Mestre em teoria psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Colaboradora eventual do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *demagalhaes.priscila@gmail.com*

[4] Psicóloga. Doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Colaboradora eventual do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *sumarinho10@gmail.com*

RESUMO Trata-se do relato de uma experiência de capacitação e apoio às equipes de UTIs Neonatais e Obstétricas para o enfrentamento e transmissão de notícias difíceis em seu trabalho nas maternidades da Rede Cegonha. A experiência configurou-se como um laboratório de práticas por meio da metodologia dos Grupos Balint-Paidéia. Foram capacitados 162 profissionais de 13 maternidades que integraram 8 Grupos. Os resultados proporcionaram a ampliação da percepção das notícias difíceis e seus efeitos nos profissionais e pacientes/familiares; exercitaram formas de trabalho cooperativas e interdisciplinares, desenvolveram habilidades e incentivaram propostas de melhorias na comunicação e no cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Humanização da assistência; Assistência à saúde; Cuidadores; Comunicação em saúde; Neonatologia.

ABSTRACT *This article is about the report of an experience of training and support to the teams of Obstetric Neonatal ICU for facing and transmission of bad news in their work in the maternity wards of the Stork Network. The experience was configured as a practical laboratory using the methodology of the Balint-Paidéia Groups. 162 professionals were trained in 13 maternity hospitals that integrated 8 Groups. The results provided the expansion of the perception of bad news and its effects on professionals and patients/family members; cooperative and interdisciplinary forms of labor were exercised, skills were developed, and proposals for improvements in communication and care were encouraged.*

KEYWORDS *Humanization of assistance; Delivery of health care; Caregivers; Health communication; Neonatology.*

Introdução: histórico e justificativa da atenção às notícias difíceis

A proposta de capacitação e apoio às equipes das maternidades da Rede Cegonha para o enfrentamento e transmissão de notícias difíceis em seu trabalho tem sua origem e referência maior no projeto Atenção ao Vínculo e Desenvolvimento de Habilidades para a Comunicação de Notícias Difíceis em Oncologia com base nos Grupos Balint-Paidéia e uso do Protocolo Spikes, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), no período de 2009 a 2011. Esse projeto veio validar e ampliar as iniciativas anteriores do Grupo de Trabalho de Humanização e foi elaborado em estreita articulação com a Divisão de Saúde do Trabalhador do Inca.

A emergência de notícias difíceis em oncologia vai desde o diagnóstico de doença avançada e inclui as cirurgias mutiladoras, as recidivas, a ineficácia dos tratamentos e indicação de cuidados paliativos exclusivos até a comunicação da morte dos pacientes aos seus familiares. Seu enfrentamento na prática cotidiana configura, para os profissionais, 'situações-limite' nas quais o sofrimento pode tornar-se intolerável, gerando níveis crescentes de adoecimento no trabalho.

O projeto proposto pelo Inca foi aprovado pelo Ministério da Saúde para ser realizado com recursos de contribuições sociais do Hospital Albert Einstein de São Paulo. Foi concebido como um 'laboratório de práticas' em que os profissionais poderiam: ampliar sua percepção da experiência dos pacientes e familiares diante do adoecimento e do tratamento; reconhecer a importância das intensidades afetivas que permeiam as relações clínicas; exercitar formas de trabalho cooperativas e interdisciplinares promovendo 'grupalidades solidárias' (BENEVIDES, 1997) na perspectiva de 'cuidar de quem cuida' e, com essa experiência, contaminar, direta ou indiretamente, os processos de atenção e gestão dos serviços.

Com base na experiência do primeiro ano desse trabalho, foi elaborada a publicação 'Comunicação de notícias difíceis – compartilhando desafios na atenção à saúde' (INCA, 2010).

Com o término do convênio com o Hospital Albert Einstein, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), apoiada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/MS), propôs ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) a extensão do trabalho com as notícias difíceis para as maternidades da Rede Cegonha, em especial para as equipes de UTIs Neonatais. Com essa parceria, foram realizados, entre 2013 e 2014, 8 Grupos Balint-Paidéia para equipes de maternidades prioritárias e de referência da Rede Cegonha: 2 em Campinas (SP); 1 em São Luís (MA), 1 no Rio de Janeiro (RJ); 1 em Belém (PA), 1 em Teresina (PI); 1 em Salvador (BA) e 1 em Goiânia (GO). No total, foram capacitados 162 profissionais das áreas de neonatologia e obstetrícia, oriundos de 13 maternidades.

O objetivo deste artigo é apresentar essa experiência de capacitação e apoio às equipes de UTIs Neonatais e obstétricas para enfrentamento e transmissão de notícias difíceis em seu trabalho em maternidades da Rede Cegonha, por meio da metodologia dos Grupos Balint-Paidéia.

Desenvolvimento do projeto

O projeto desenvolveu-se no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. Os grupos tiveram em média 25 participantes e foram constituídos por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia, de acordo

com a composição das equipes das maternidades. Incluíram também a participação de gestores e apoiadores locais, municipais, estaduais ou federais. Os grupos contaram com a presença de dois facilitadores com experiência nessa metodologia. Quatro facilitadores formaram duas duplas, e cada dupla acompanhou quatro grupos.

Os encontros se desenvolveram em dois ambientes: presencial e virtual, ambos constituídos como espaços protegidos e com preservação de sigilo sobre as discussões. Foram organizados em 6 ou 8 encontros presenciais, quinzenais, com 4 horas de duração, sendo o último deles destinado à apresentação de um plano de trabalho e ações de desdobramento da experiência. Os encontros presenciais desenvolviam-se a partir de relatos, dramatizações e discussões de casos atuais que apresentassem situações de comunicação de notícias difíceis, a fim de exercitar a corresponsabilidade na análise e no enfrentamento das situações reais trazidas pelos participantes, contribuindo para a construção de propostas de encaminhamento. Essas discussões eram articuladas a ofertas teóricas para o aprofundamento dos temas emergentes dos grupos. Uma das ferramentas propostas a todos os grupos foi a apropriação dos recursos técnicos contidos no Protocolo Spikes para o desenvolvimento de habilidades na comunicação de notícias difíceis.

Os encontros virtuais eram viabilizados pela plataforma UniverSUS, na qual todos tinham acesso à bibliografia e material didático, à fototeca, aos fóruns de discussão sobre os casos clínicos, aos planos de trabalho e demais tarefas dos grupos e aos diários de campo elaborados pelos facilitadores a cada encontro e, eventualmente, pelos participantes. Todos os inscritos responderam a um questionário de avaliação individual antes do início dos encontros. Outro questionário foi aplicado no final do processo, acompanhado de uma avaliação verbal, durante o último encontro.

Metodologia: os Grupos Balint-Paidéia

Os Grupos Balint-Paidéia constituem o cerne da metodologia desse projeto. Essa proposta foi sistematizada por Cunha (2009), ancorada em uma experiência desenvolvida em um curso de especialização em Gestão da Clínica na Atenção Básica, na cidade de Campinas (CUNHA; DANTAS, 2008). Nela se articulam duas diretrizes metodológicas: os Grupos Balint, criados por Michael Balint (BALINT, 1988), e o Método Paidéia ou Método da Roda para Cogestão de Coletivos, proposto por Campos (2000).

Os Grupos Balint, desenvolvidos com os médicos do sistema público de saúde britânico na década de 1950, constituíram-se como um espaço no qual os profissionais pudessem exercitar, a partir da análise de seus 'casos' vividos, uma elaboração dos afetos presentes nas relações clínicas, especialmente quando se apresentavam limites ou ineficácia em seus propósitos de cura. Mais do que um curso, a participação em um Grupo Balint se caracteriza como uma 'experiência formadora' que permite aos participantes ampliar o conhecimento, a autopercepção e a percepção das diferentes formas de lidar com as dificuldades. Não se trata apenas de apreender a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas principalmente de se dispor a lidar com o fluxo de afetos inerentes a elas. O papel do coordenador, originalmente um psicanalista, é o de favorecer que o grupo funcione como uma equipe de pesquisa sobre as relações com seus pacientes e destes com seus problemas de saúde. Essa proposta foi disseminada em muitos países, passou por um período de descenso e, a partir da década de 1990, ressurgiu em experiências recentes na formação médica e na capacitação de equipes multiprofissionais de saúde (MISSENARD, 1994).

O Método Paidéia é inspirado no conceito grego Paidéia, que representa um sistema de formação integral de cidadãos ligado à ideia de democracia e à constituição de novas

formas de governar e viver. Organiza-se em um *setting* básico, as 'rodas de conversa', e caracteriza-se como um espaço de escuta, diálogo, reflexão e apoio que oferece aos profissionais a possibilidade de buscar, analisar e interpretar informações; compreenderem a si mesmos, ao outro e ao contexto; ampliar a capacidade de decisão nos projetos e identificar estratégias para construção de novos padrões de relação entre as pessoas, guiados pelo sentido essencial da democracia. Pode contar com uma figura externa, o 'Apoiador Institucional', a quem compete facilitar o funcionamento das Rodas de acordo com os propósitos acima descritos. Considerando que a constituição de sujeitos, grupos sociais e instituições é produto das relações de poder, do uso de conhecimentos e dos modos de circulação de afetos, o Método Paidéia se propõe a tratar como indissociáveis o desenvolvimento das capacidades de lidar com afetos, com saberes e com poderes (CAMPOS, 2013).

Articulando as duas diretrizes metodológicas, os Grupos Balint-Paidéia trabalham com um enfoque político-afetivo, compreendendo a comunicação como ferramenta imprescindível da clínica. Oferecem um espaço protegido no qual os trabalhadores possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Favorecem o desenvolvimento de práticas cooperativas e solidárias, uma vez que possibilitam a imersão de profissionais em contextos semelhantes, com problemas parecidos, compartilhando experiências, dificuldades e soluções. Por sua vez, as tensões presentes nas relações de saber, poder e afeto devem ser percebidas e trabalhadas. O coordenador de grupo agrega à discussão de casos outras estratégias pedagógicas, como: ofertas teóricas, definição de tarefas, intervenções, análises e sínteses, garantindo, no entanto, a facilitação de posturas reflexivas, o desenvolvimento de protagonismo e a construção singular de processos positivos para enfrentamento das necessidades de cada grupo (CUNHA, 2009).

O foco na 'comunicação de más notícias' deu aos Grupos Balint-Paidéia uma nova especificidade, adaptada às demandas dos profissionais que atuam no contexto hospitalar, e permitiu trazer à luz e acolher necessidades e dificuldades que permaneciam relegadas ao âmbito individual e privado.

Dois conceitos fundamentais do Método Paidéia destacam-se nessa experiência:

Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular

Compreendendo a produção de saúde-doença como processos complexos de interações dinâmicas e singulares de fatores individuais e coletivos, a Clínica Ampliada (CAMPOS, 2013) caracteriza-se como método clínico que reconhece o risco e a vulnerabilidade de cada caso particular e de seu contexto, amplia o campo de intervenções para além do combate às doenças e busca um conjunto de estratégias terapêuticas singulares que, integrando diferentes ações, saberes e disciplinas, almeja o desenvolvimento de uma vida participativa, mesmo diante de doenças ou limitações.

A essa clínica agrega-se o conceito de Projeto Terapêutico Singular que, como o nome indica, não se trata de um plano predefinido de intervenções, mas sim de um conjunto de propostas terapêuticas pensadas para um sujeito, uma família ou um grupo que possui características únicas, particulares. As propostas terapêuticas devem resultar de uma discussão coletiva e interdisciplinar do caso, com a participação efetiva dos diferentes atores dos cuidados em saúde (equipe, paciente e família). Pressupõe o enriquecimento do processo de tomada de decisão no trabalho, a divisão de tarefas e responsabilidades e a valorização de uma autonomia que seja realmente compartilhada (OLIVEIRA, 2008).

Os Grupos Balint-Paidéia, nessa experiência, facilitaram o desenvolvimento de interações interdisciplinares e ampliaram as possibilidades de escuta e comunicação entre profissionais, pacientes e familiares.

Verificamos, nas equipes de UTI Neonatal, inúmeras situações que envolvem decisões quanto ao uso de tecnologias e recursos para prolongamento da vida que provocam dilemas éticos e mobilizam a todos. São situações que exigem o compartilhamento de projetos terapêuticos que favoreçam o vínculo, a corresponsabilidade, a problematização e a avaliação constante.

O Protocolo Spikes

Os avanços técnicos e científicos da medicina promoveram intensos melhoramentos nos tratamentos ofertados, mas também um aumento expressivo das categorias do que se pode considerar uma má notícia. Essas novas demandas geraram a necessidade de os profissionais desenvolverem maior habilidade de comunicação, em especial a comunicação de notícias difíceis. Considerada uma tarefa complexa, que exige formação, treinamento e uma visão ampliada de cuidado médico para com o sofrimento do paciente, Baile *et al.* (2000) desenvolveram uma abordagem que se compõe de seis etapas para transmitir más notícias ao paciente com câncer, denominada de Protocolo Spikes (INCA, 2010). Apesar de nominado como 'protocolo', essa proposta subverte o caráter preditivo/normativo dos protocolos em geral, uma vez que se constitui de modo a orientar a abordagem da comunicação da má notícia para a singularidade de cada caso.

Em nossa experiência, utilizamos esse protocolo como estratégia complementar para a comunicação de notícias difíceis, atrelando-o ao conceito norteador de 'cuidado' que orienta o projeto. 'Cuidado' entendido como o elemento que promove uma zona de convergência em meio a muitas diferenças (entre comportamentos profissionais, entre instituições, entre serviço particular e público, países) e que possibilita maior êxito na comunicação e ampliação da clínica. Sabemos que na área da saúde há pouco investimento no lidar com a singularidade, seja dos pacientes, seja dos profissionais, com maior investimento gerencial em protocolos e normatizações das atividades, os quais, mesmo tendo grande valor como conhecimento acumulado, mostram seus limites diante das incertezas da clínica (CUNHA; DANTAS, 2008). Assim, o uso do protocolo como 'estratégia' deixa espaço para adaptações criativas que possibilitem abranger as mais diversas condições de atendimento que se apresentam no dia a dia das equipes de saúde, facilitando o processo de comunicação, suporte e tratamento inclusivo, no intuito de reduzir o impacto emocional da má notícia para todos os atores nessa situação (equipe, pacientes e familiares/responsáveis).

Considerando, no entanto, que o Protocolo Spikes foi desenvolvido no Canadá e nos EUA, para a área da oncologia, sua utilização nesse projeto exigiu uma adequação à realidade brasileira e às áreas de neonatologia e obstetrícia. Esse trabalho de adequação também se constituiu como estratégia pedagógica para os grupos que, em um processo coletivo de apropriação criativa e produção de conhecimento, elaboraram um novo consenso, com a adaptação das seis etapas originais para a neonatologia e obstetrícia, que podem ser sintetizadas em:

• Etapa 1 – Planejando o encontro: rever os dados que fundamentam a má notícia; avaliar os próprios sentimentos sobre a transmissão da má notícia; buscar ambiente acolhedor e com privacidade; envolver pessoas importantes para a gestante ou puérpera, se for seu desejo;

• Etapa 2 – Avaliando a percepção da gestante/puérpera e seu parceiro/familiar: 'antes de contar, pergunte'; valorizar a escuta; avaliar como ela, o parceiro e a família percebem a situação clínica, o que sabem ou procuraram saber a respeito e como estão lidando com o problema; adequar a comunicação às possibilidades de compreensão e aceitação ou não da má notícia;

• Etapa 3 – Avaliando o desejo de saber dos pais e obtendo o seu pedido por informações:

procurar saber se os pais ou a família desejam informações detalhadas sobre diagnóstico e tratamento ou se preferem receber as informações gradativamente, colocando-se disponível;

• Etapa 4 – Transmitindo a notícia e informações à gestante/puérpera e seu parceiro/família: comunicar a má notícia com delicadeza e de maneira clara, dando tempo para que seja processada; evitar transmitir desesperança e desistência, ressaltando as possibilidades de comprometimento, tratamento e/ou cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário e multiprofissional;

• Etapa 5 – Validando a expressão de sentimentos e oferecendo respostas afetivas às emoções das gestantes, parceiros e familiares: favorecer a expressão dos envolvidos sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos e emoções, acolhendo como legítimas as expressões de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo. Buscar respostas de reconhecimento e sintonia afetiva;

• Etapa 6 – Resumindo e compartilhando estratégias do plano de cuidado: traçar uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro, orientando os envolvidos de acordo com suas possibilidades de compreensão; compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com a mãe, pai/família e ser honesto sem destruir a esperança.

Observa-se, por fim, que esse protocolo e as estratégias/consensos derivados dele pressupõem interação com o paciente e respeito às preferências e diferenças individuais. Está baseado na flexibilidade, e não em uma receita aplicável a todos.

O que é 'notícia difícil' em neonatologia e obstetrícia?

Buckman (1992), um dos primeiros autores a trabalhar esse tema, define má notícia em saúde como qualquer informação que afete seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro. Podemos ampliar essa definição para além do indivíduo diretamente atingido, estendendo o campo de afetação para as famílias e amigos próximos e também para os profissionais e gestores responsáveis pelos serviços e redes de atenção à saúde.

Nessa área, as notícias difíceis incluem não apenas diagnósticos clínicos, mas também uma série de perdas e reveses ao longo do tratamento, podendo se estender à fase de reabilitação. Podem se referir às malformações, aos agravos clínicos, às intercorrências no parto e na gestação ou a qualquer fator que provoque sequelas, incapacidades, sofrimento ou morte, tanto para o feto ou neonato quanto para a mãe. As más notícias são particularmente difíceis em sala de parto, onde não há tempo para preparar-se e o impacto atinge intensamente os pais e os profissionais.

As más notícias também podem ser provenientes de dificuldades da estrutura, da falta de recursos em um serviço ou rede de atenção à saúde ou assistência social. Assim, não é possível pensar na comunicação da má notícia sem questionar os fatores que levam à 'produção de más notícias'. O complexo de situações que estão na origem da produção de más notícias neste caso inclui: a falta de assistência no pré-natal; a precariedade da situação socioeconômica da mãe e a falta de apoio familiar; a distância dos serviços especializados e a falta de transporte adequado; a falta de equipamentos e capacitação adequada nos serviços da rede básica e maternidades; a superlotação das maternidades de referência e a insuficiência de leitos nas UTIs.

Há uma especificidade nesse campo de atuação que se refere à reversão de 'expectativas': um lugar que trabalha com a expectativa de nascimento pode evidenciar, de modo ainda mais traumático, o contraste entre vida e morte, entre boa e má notícia.

A comunicação de notícias difíceis afeta também o profissional que as comunica. Ao lidar com a dor do outro, toma-se contato com a própria dor. Não se trata de uma comunicação objetiva ou mera informação.

Ao contrário, a subjetividade se expressa no corpo, por meio do olhar, dos gestos e da postura, podendo facilitar ou não o apoio ao outro nesse momento. Algumas notícias chegam a ser paralisantes, e a experiência mostra que, para muitos profissionais, o mais difícil é quando se trata de alguma falha ou ausência de recursos do serviço ou do profissional para prestar atendimento adequado. Tais situações podem deixar o profissional em uma posição vulnerável ou suscitar-lhe sentimentos de impotência e fracasso, colocando em cheque seus saberes e técnicas.

A comunicação de má notícia pode ser facilitada quando se dispõe de um local adequado para acomodar a família e quando se estabelece o acolhimento e um vínculo afetivo. É preciso, também, cuidar dos sentimentos de culpa ou de agressividade que, com frequência, atingem as mães e familiares de bebês com malformações ou riscos graves. Ao mesmo tempo, é necessário trabalhar a equipe em face da tendência de fazer julgamentos morais, atribuir e cristalizar adjetivos e estigmas aos pais, diante da não correspondência de seus comportamentos às suas expectativas técnicas ou culturais.

Nos processos de comunicação e elaboração de más notícias, o 'tempo' aparece como fator importante para processar a informação, admitindo-se que, para os pais, a negação é um recurso legítimo e necessário nesse processo que envolve intensidades afetivas. Já os profissionais estão mais sujeitados ao tempo cronológico que exige decisões, intervenções imediatas e obediência aos protocolos. Por sua vez, é do tempo intensivo da escuta e do acolhimento que dependem os encontros que abrem para novos sentidos, algo que pode ocorrer como em um *flash*, tal como propuseram Michael e Enid Balint em seu trabalho com os médicos do sistema público de saúde na Inglaterra (BALINT; NORELL, 1976).

Na prática atual da neonatologia, cabe ao médico dar a má notícia objetivamente e aos demais profissionais cuidar dos sentimentos e afetos. Essa divisão não favorece a qualidade do cuidado nem a corresponsabilidade da equipe. A prática de reuniões interdisciplinares para discussão dos casos mais complexos fortalece a integralidade do cuidado e o acolhimento aos profissionais, tornando o cotidiano mais suportável e favorecendo a elaboração e o compartilhamento de responsabilidades.

Ao contrário, formas idealizadas de vida e de trabalho, que esconjuram o sofrimento, a incerteza e o erro, tendem a criar defesas enrijecidas que negam aspectos importantes da vivência sensível e empobrecem a experiência. Entretanto, os efeitos de choque e paralização podem também acolher possibilidades de abertura para novas sensibilidades na relação com os outros e consigo mesmo. Lembrando a música de Leonard Cohen, *'There is a crack in everything; that's how the light gets in'* ou, em uma tradução livre, 'são as rachaduras, as frestas, que permitem que a luz possa entrar'.

Essa perspectiva de comunicação de notícia difícil, que assume uma forma intersubjetiva e dialógica (MATTOS, 2004), está em sintonia com a concepção de "comunicação" apresentada por Rosemberg (2012, P. 742) que, para além de um transmitir e receber mensagens, significa 'tornar comum, partilhar, repartir, associar'. Nesse sentido, significa o compartilhamento da experiência, e um importante instrumento para esse processo encontra-se no conceito de "acolhimento dialogado" (TEIXEIRA, 2004, P. 3), uma 'técnica de conversa' de apoio ao processo de conhecimento das necessidades do usuário, fundada em certas disposições ético-cognitivas como o reconhecimento do outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente e o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes, isto é, no encontro e a partir do vínculo.

O impacto da notícia difícil provoca uma grande carga para o profissional, porém esse tema não constitui conteúdo pedagógico nos currículos da maioria dos cursos da área de saúde. Equivocadamente, esse impacto tem

sido tratado como uma questão pessoal, e não profissional. São necessárias estratégias de cuidado do profissional de saúde, assim como o desenvolvimento de pesquisas nesse campo e projetos de capacitação profissional. Destaca-se ainda a necessidade de aprimorar processos de trabalho e de gestão. Espaços de grupalidade e trocas entre os profissionais são reconhecidos como necessários para dar ajuda e suporte aos trabalhadores, pois podem se constituir como espaços de elaboração da equipe e sustentação das condições de trabalho.

A atenção ao vínculo no ambiente da UTI Neonatal

Nos primórdios da vida psíquica, o desenvolvimento de um sentimento de confiança no bebê depende de sua relação com um ambiente minimamente estável e assegurador, no qual os adultos se tornam confiáveis, não apenas por estarem presentes e atenderem às suas necessidades, mas também pela 'sintonia afetiva' (STERN, 1992) que se expressa no modo de cuidado com que percebem e respondem a essas necessidades.

Winnicott (2000, P. 399) afirma:

> Existe algo que chamamos de ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê, assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes.

Como é possível que se desenvolvam essas qualidades no ambiente da UTI? Na UTI, o bebê está separado do ambiente materno, em geral não é amamentado, é cuidado por muitas pessoas diferentes e, ainda que muitos esforços sejam feitos, não é possível aliviá-lo completamente da dor e do desconforto. Seu contato com a mãe/os pais, mesmo que consiga ser frequente, é permeado pela tensão que não pode deixar de invadi-los em face da gravidade da situação e da estranheza do ambiente.

No entanto, não resta dúvida de que a UTI Neonatal é o ambiente adequado para facilitar a 'sobrevivência física' dos bebês que nascem em sofrimento e risco. Como poderá ser também um ambiente emocional propício ao acolhimento de sua vida psíquica? O que pode sustentar essa situação é, acima de tudo, a confiança que os pais possam depositar na competência da equipe à qual devem delegar os cuidados especiais que o recém-nascido necessita. É importante, no entanto, que essa entrega não seja total, destituindo os pais de sua função de cuidadores, mas que os pais e os profissionais possam chegar a constituir uma 'equipe mista' na qual os pais possam compreender progressivamente a razão dos procedimentos técnicos e a 'maternagem' possa contagiar mesmo os procedimentos mais especializados.

No modelo mais tradicional de funcionamento das UTIs Neonatais — mas que ainda não pode ser considerado inteiramente superado —, o bebê era objeto de cuidado dos profissionais e a mãe, uma 'visita', frequentemente pouco tolerada (LAMY, 2000). Por mais que essa situação venha mudando, os profissionais nem sempre conseguem compreender a dificuldade dos pais em confiar e entregar seu bebê aos cuidados da equipe. Quando essa dificuldade se expressa em desconfiança e hostilidade, chega mesmo a gerar ressentimentos nos profissionais por não verem reconhecidos seus esforços e dedicação. Muitas vezes também aparece o 'choque de competências', e os pais são vistos como aqueles que 'atrapalham' a rotina dos procedimentos necessários ou os criticam sem conhecimento de causa.

As iniciativas que há vários anos vêm se desenvolvendo no âmbito do Ministério da Saúde com os programas de Humanização do parto e de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso — Método Canguru — têm sido decisivas para uma mudança de paradigmas na atenção perinatal. A integração entre tratamento e cuidado no ambiente

da UTI Neonatal pode depender de uma disponibilidade que, em princípio, não seria tão difícil: uma 'conversa' do profissional durante um procedimento doloroso que procure favorecer a expressão dos sentimentos em jogo pode acalmar tanto a mãe como o recém-nascido e ser um exemplo da possibilidade de criação de um ambiente emocional suficientemente bom (DOLTO, 1999). O contato pele a pele do Método Canguru e a amamentação, sempre que possível, podem garantir, em grande medida, a intimidade do contato com a mãe e o pai, assim como sua responsabilidade pelos cuidados normais prestados aos bebês. Quando se trata das UTIs cirúrgicas, que acolhem os casos mais graves de malformações ou sequelas importantes de intercorrências na gestação e parto, as condições são mais adversas. Uma pesquisa recente sobre as relações estabelecidas pelos profissionais de saúde de uma UTI Neonatal Cirúrgica com os bebês internados e seus pais reconhece a dificuldade enfrentada pelos profissionais para operar mudanças no processo de trabalho que lhes permitiriam conciliar o cuidado afetivo com os bebês e a abertura para a participação dos pais com as exigências técnicas e o rigor dos protocolos para tratamento das patologias (JUNQUEIRA *ET AL.*, 2011). Os autores trazem o relato das inúmeras dificuldades técnicas e de pessoal nesse ambiente, que opera geralmente no limite extremo, trazendo grande reponsabilidade e insegurança aos profissionais por trabalharem nesse limite. Ainda assim, identificam várias iniciativas individuais que, se discutidas coletivamente, poderiam amenizar o ambiente e dar suporte às relações.

A noção de 'ambiente emocional facilitador à vida' tornou-se central para a formulação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, contribuindo, no âmbito do Ministério da Saúde, para sua incorporação como princípio orientador da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PENELLO, 2013).

No âmbito do projeto, é a 'atenção ao vínculo' — dos pais com os bebês, dos profissionais com os bebês e os familiares, dos profissionais com a equipe interdisciplinar e das equipes com os gestores — que poderá dar suporte ou minimizar os efeitos traumáticos das adversidades que são vividas e comunicadas e promover um ambiente emocional facilitador à vida nas UTIs Neonatais.

Na discussão sobre o tema dos 'vínculos de confiança', os participantes ressaltaram que o vínculo, como uma ligação afetiva, envolve uma complexidade e não é facilmente definível. Pode proporcionar segurança e parceria, mas também portar hostilidade e desconfiança ou expressar uma fé cega, gerando submissão e dependência. Defendem que a relação de confiança deve suportar questionamentos.

Quanto ao tempo, para alguns o vínculo de confiança exige tempo para aproximação e convívio; para outros, o que o define é a sua qualidade, mais permeada pela compreensão do outro que pelo tempo de convivência. Essa compreensão pode ser rápida e instantânea, mas também pode se desenvolver ao longo de um convívio. O tempo para o vínculo estaria mais ligado ao sentido de *kairós* que ao sentido de *chronos*.

Resultados

Os resultados a seguir são a apreensão das respostas ao questionário final de avaliação que os participantes responderam no último encontro, bem como das manifestações diretas durante o encontro final, quando também foram apresentadas as propostas de desdobramento do projeto. Antes, contudo, é preciso registrar que, dos 241 inscritos inicialmente, 162 participantes receberam certificado de participação (67%) e aproximadamente 40 participantes, mesmo sabendo antecipadamente que teriam um número de faltas superior ao permitido para certificação, participaram ativamente das reuniões e das trocas na plataforma de Ensino à Distância (EAD). Esse alto nível de

adesão ficou evidente pelo expressivo índice de satisfação apontado pelos participantes em relação às suas expectativas iniciais, do mesmo modo que foi praticamente unânime a aprovação dos métodos e ferramentas empregados nesse processo, especialmente a discussão de casos clínicos atuais (ou cujas repercussões e marcas afetivas permanecem atuais).

Entre os resultados observados, destaca-se a ampliação do conceito do que é uma notícia difícil. Pudemos verificar que, se ao início do projeto a notícia difícil estava relacionada com a comunicação de morte já ocorrida ou iminente, este âmbito passou a abranger muitos e diferentes aspectos, como uma mudança de procedimentos, dificuldades para utilização de insumos, a rotatividade de um profissional ao qual o paciente estava vinculado e até uma alta não esperada, dentre outros. Com a valorização das intensidades diferentes que a notícia pode provocar nos vários atores do processo, observou-se igualmente uma maior percepção individual da incidência da comunicação de notícias difíceis no cotidiano do trabalho. Por outro lado, apesar da quase totalidade (99%) dos respondentes ao questionário ter declarado que passaram a ter uma estratégia mais consistente para transmitir notícias difíceis, houve também uma percepção generalizada de que ainda assim essa transmissão continuaria a ser uma tarefa complexa, em decorrência dos fluxos afetivos que esses vínculos trazem à tona para o profissional. Isso se traduz em uma inquietação, uma desnaturalização das rotinas de trabalho, tendo a maioria declarado que ainda era mais difícil lidar com as próprias emoções do que com as emoções dos familiares, até porque o momento da comunicação é sempre uma situação nova, singular e mobilizadora.

O que todas as categorias sentem como um agravante ao processo de transmissão de notícias difíceis é a falta de um ambiente de privacidade e tempo disponível na dura rotina para um acolhimento mais adequado das demandas e emoções dos familiares, como propõe o projeto. De certo modo, podemos associar a esta dificuldade o baixo número de gestores que se dispuseram a participar dos encontros, vários deles comparecendo apenas aos encontros finais, além daqueles profissionais considerados 'problemáticos' e não sensibilizados ao tema. Essas ausências foram determinantes para que muitos participantes, apesar de considerarem de grande importância a implantação de Grupos Balint-Paidéia nas instituições como forma de desdobrar os efeitos do projeto, fossem céticos quanto a sua efetivação. Por fim, outros resultados observados foram: o maior comprometimento individual no estabelecimento de redes interpessoais, interinstitucionais e interprofissionais, fruto do reconhecimento de ser parte ativa de uma equipe e corresponsável pelas ações; organização de formas para socializar esse aprendizado com os colegas dos respectivos locais de trabalho, a fim de evitar que a construção de um projeto terapêutico venha a ser desmontado por outro profissional menos sensível para lidar com as situações limite da clínica. Uma transversalidade em ato, cujo efeito é o de potencializar o próprio trabalho individual e coletivo, sem a exigência absoluta de que consigam isoladamente dar conta de toda essa complexidade; a constituição de um coletivo que acolhe e problematiza as condições subjetivas, técnicas, políticas e afetivas, em uma vivência contínua de que a habilidade não é dada, ela pode e deve ser construída.

De acordo com a metodologia do projeto, além de oferecer conteúdos básicos comuns, a análise de casos clínicos permitiu que as situações particulares das instituições e/ou das diferentes regiões atendidas fossem trazidas à roda, singularizando as discussões e, consequentemente, as 'propostas de desdobramento'. Todos os grupos foram orientados a elaborar planos de ação que pudessem dar continuidade ao trabalho até então realizado. Vários desses planos foram estruturados em formato de projetos de constituição de

comissões intra ou inter-hospitalares, detalhando composição, prazos, orçamentos etc., ora focados no cuidado ao cuidador, ora na discussão de casos clínicos e ainda no aprimoramento dos processos internos de comunicação, com a inclusão eventual de representantes dos pais e responsáveis nesses comitês. Alguns grupos optaram por realizar um único plano que abrangesse as várias categorias e instituições ali representadas, enquanto outros grupos, por terem realidades, necessidades e estágios diferentes de desenvolvimento de uma Clínica Ampliada, preferiram a elaboração de projetos individuais para cada instituição.

Ainda assim, foi possível constatar que alguns emergentes foram privilegiados no momento da elaboração desses planos ou discussões. Podemos então reconhecer temas, como a inclusão institucional da discussão sobre o vínculo e a comunicação de notícias difíceis, tanto em seu viés do cuidado ao paciente quanto no cuidado ao cuidador, a preocupação com o estabelecimento ou reativação de redes, a necessidade da inclusão desses temas na formação básica profissional e, principalmente, a importância de trazer os gestores para esta roda de discussão e ações.

Outras propostas apresentadas consideravam:

• A elaboração de consensos que, partindo das indicações constantes do Protocolo Spikes, tornassem essas orientações mais próximas da realidade das maternidades e UTIs Neonatais;

• O envolvimento ativo dos residentes nas discussões ou comissões, como forma de suprir a deficiência na formação básica, dando um viés pedagógico ao tema do vínculo e da comunicação de notícias difíceis com a produção de materiais de divulgação (documentários, roteiros de dramatização, planos de aula) que pudessem ser utilizadas em outras instituições não atendidas pelo projeto;

• O estabelecimento ou reativação de Comissões de Óbito, a fim de estudar o fluxo dos atendimentos e, assim, detectar entraves, falhas e outros fatores que possam ser considerados determinantes para a morte materna e/ou fetal. Esses estudos seriam divulgados para todas as instituições e equipes que estavam envolvidas com aqueles atendimentos, a fim de se chegar a propostas conjuntas de melhorias dos fluxos;

• Estruturação, ativação e fortalecimento dos serviços de atenção à saúde do trabalhador nas instituições, voltados para o cuidado integral aos profissionais.

Conclusão

Os Grupos Balint-Paidéia foram apropriados como estratégia de capacitação e apoio efetivo a profissionais de saúde nas maternidades da Rede Cegonha. Para além da capacitação específica, a 'comunicação de notícias difíceis' evoca a reflexão sobre a 'produção de notícias difíceis', o que desloca as questões e dificuldades de um plano individual para outro de organização de serviços e de políticas públicas. O Método da Roda facilita a efetivação de diálogos interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais, assim como entre trabalhadores e gestores. Promove a organização de coletivos que afirmam sua potência para: produzir conhecimento e boas práticas; acolher as angústias dos profissionais no cotidiano; construir Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados; articular redes de apoio; acolher e comunicar notícias difíceis; fazer diagnósticos locais e regionais sobre as condições para prestar um serviço adequado à população, modificar ambientes, processos e estruturas de trabalho; aperfeiçoar processos de formação. ■

Referências

BAILE, W. F. *et al*. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>. Acesso em: 15 jan. 2015

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BALINT, E.; NORELL, J. S. *Seis minutos para o paciente*. São Paulo: Manole, 1976.

BENEVIDES, R. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura 6:* Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 183-191.

BUCKMAN, R. *Breaking bad news:* a guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. (Saúde em Debate, 150).

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos:* a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate, 131).

CUNHA, G. T. *Grupos Balint Paidéia:* uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica. 2009. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 34-60.

DOLTO, F. Horas e dias que se seguem ao parto. In: _____. *As etapas da infância:* a relação entre pais e filhos: do nascimento aos 4 anos. Lisboa: Pergaminho, 1999, p. 7-67.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Comunicação de notícias difíceis:* compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Inca, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/comunicacao_noticias_dificeis.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. *et al*. Os desafios da humanização em uma UTI Neonatal Cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde:* conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 261-282.

LAMY, Z. C. *Unidade neonatal:* um espaço de conflitos e negociações. 2000. 161 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MISSENARD, A. *A experiência Balint:* história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas em Atenção Básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

PENELLO, L. M. 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, L. M.; LUGARINHO, L. M. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:* a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 27-48.

ROSEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 741-766. (Saúde em Debate, 170).

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RETHINKING "THE PUBLIC" IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMICS OF INEQUALITY IN LATIN AMERICA. *Anais*... San Diego: University of California, 2004. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise:* obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

Um sentido para a paternidade

A meaning for paternity

Carlos Lugarinho[1], Liliana Maria Planel Lugarinho[2], Liliane Mendes Penello[3]

RESUMO O ensaio propõe uma discussão em torno da paternidade nos tempos atuais e de sua importância para o processo de subjetivação do bebê. Apresenta uma discussão sobre a função paterna, que assume papel preponderante nessa subjetivação, apoiado principalmente no pensamento de Donald Winnicott, Jacques Lacan e Sándor Ferenczi, um para além dos papéis sociais ao propor uma diferenciação entre 'ser pai' e 'exercer a paternidade'. Analisa a paternidade enquanto um processo singular, apontando diferenças para o estabelecimento de uma função materna e para a dinâmica que se estabelece entre esses atores desde o período da gestação. Propõe uma reflexão sobre o papel que a função paterna exerce, para além do gênero, enquanto representante primordial da diferença, ao promover a separação mãe-bebê. Por fim, alerta para a necessidade de uma ampla discussão nos mais diversos níveis, que inclua a função paterna entre os dispositivos sociais imprescindíveis para uma contemporaneidade e um futuro mais humanizados.

PALAVRAS-CHAVE Paternidade; Desenvolvimento infantil; Cuidado da criança.

ABSTRACT *The paper proposes a discussion around paternity in modern times and its importance to the subjectification process of the baby. It presents a discussion of the paternal function, which takes a leading role in that subjectification, mainly supported by the thought of Donald Winnicott, Jacques Lacan, and Sandor Ferenczi, a beyond the social roles by proposing a distinction between 'being a father' and 'engaging in paternity'. It examines paternity as a singular process, pointing out differences for the establishment of a maternal role and for the dynamics established between those actors from the period of pregnancy. It proposes a reflection on the role that the paternal function has, beyond gender, as the primary representative of the difference, by promoting the mother-infant separation. Finally, it alerts to the need for a broad discussion on several levels, one that includes the paternal function among the essential social devices for a more humanized contemporaneity and future.*

KEYWORDS *Paternity; Child development; Child care.*

[1] Médico e psicanalista. Pós-graduado (MBA) em gestão empresarial com ênfase em saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Colaborador eventual do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *carlugar@gmail.com*

[2] Médica. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora executiva do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *liliana.lugarinho@gmail.com*

[3] Psiquiatra e psicoterapeuta de grupos. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *lpenello@gmail.com*

O que é 'ser Pai' na contemporaneidade? A paternidade pode ser encarnada? Ela 'deve' ser encarnada? Pai é uma pessoa, uma função ou uma figura? Que paternidade é esta hoje, tão diferente e tão a mesma de séculos e séculos? Em que aspectos a paternidade é algo imprescindível ao desenvolvimento da subjetividade em nossas crianças? Mais do que dissecar conceitos, o objetivo deste ensaio é oferecer subsídios a partir de determinadas fontes teóricas para pensarmos a paternidade de modo abrangente e, no entanto, rigoroso, buscando, mais que definições ou certezas, sentidos possíveis no nível psicoafetivo individual e coletivo. Propomos refletir para além das questões de gênero, respeitando as diversas constelações familiares, cada vez mais numerosas em relação à formação familiar clássica, pensando que mesmo nas impossibilidades individuais de se saber pai e mãe, há quem possa ocupar-se dessas funções ou encarne essas figuras, a partir das primeiras inscrições e estímulos vindos da criança, tendo em mente que as funções podem não recobrir a figura de um sujeito ou não se efetuarem de forma socialmente ou psiquicamente esperada.

O campo de observação privilegiado e discussão aprofundada desenvolvido por meio do trabalho da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) tem sido construído ao longo desses anos por intermédio da articulação entre os profissionais da saúde (*latu sensu*), das demandas da população, dos intensos trabalhos de formulação e implementação de políticas públicas para atendimento a essas demandas e talvez, mais que tudo, da observação de caráter sociológico das diferenças e pontos de encontro entre mães, pais e crianças de todos os cantos do país, sem deixar de lado nossas próprias vivências enquanto mães e pais que somos e filhos que somos ou fomos. A existência do conceito de constituição do sujeito faz retomar a ideia das representações psíquicas dessa formação, que se entende pelo fato de os seres humanos terem outros sujeitos como participantes primordiais de sua própria organização. Isso pode ser exemplificado quando afirmamos que em toda mulher em processo de gestação já é presente um registro psíquico de 'pai', a presença do pai em forma de afetos, presentificando as relações, vínculos, memórias, a presença ou ausência objetiva de seu próprio pai, bem como todas as fantasias associadas a esse registro. Tudo isso influencia fortemente os processos mentais que levam à escolha de um companheiro (a) que a seu lado venha exercer a função paterna para o bebê.

Em consonância com o pensamento e trabalho desenvolvidos pela EBBS, o que se considera como base para um desenvolvimento da criança em níveis minimamente satisfatórios é um ambiente facilitador à vida. O termo 'ambiente facilitador' vem de Donald Winnicott (1983) e abrange a ideia de cuidado em um sentido amplo, ou seja, não só o cuidado com as necessidades biológicas, como alimentação, mas também aquelas medidas que visam promover um espaço de segurança para o desenvolvimento emocional, em última análise, o desenvolvimento de um vínculo emocional.

Para tentar melhor circunscrever a proposta deste trabalho, iremos estabelecer de início uma distinção que julgamos fundamental: 'ser pai' não tem necessariamente o mesmo sentido de 'exercer a paternidade'. Propomos então fazer uma distinção semântica aqui entre os termos pai (pai de família, posição social, legal) e Pai, o que encarna a figura ou exerce a função paterna. Consideramos ser pai (*Pater familias*) um fato, uma inscrição social e um dispositivo legal. Já exercer a paternidade (Pai) é um processo: afetivo e ético.

Sendo então a paternidade um processo, não um dado ou um dom, pode-se constatar que ela não é um fato da natureza, do mesmo modo que a maternidade também não é. Importante aqui abrir um parêntesis para lembrar que, ainda assim, encontra-se muito difundido no imaginário social que a mulher

é naturalmente preparada para exercer a maternidade.

Podemos então fazer uma equivalência entre os processos da maternidade e da paternidade enquanto processos semelhantes em sua essência? Poderíamos até encontrar alguma similaridade entre os dois no fato de que a construção psíquica ou o processo de subjetivação estão desde sempre associados a uma estrutura dinâmica, relacional, seja mãe-embrião-feto, bebê-pai, mãe-pai-bebê, e outras. No entanto, são similaridades que não permitem avaliações de tipo absoluto, pois se encontram desde sempre conformados por gradientes, modulações, normalmente bastante delicadas, sutis e, no entanto, distintas.

Em consequência disso, e por razões que iremos expor adiante, o processo de constituição da paternidade se dá a reboque do processo de constituição da maternidade. Fazendo uma paráfrase com o texto bíblico, poderíamos afirmar que 'no princípio era a mãe'. O processo de construção do sentido da maternidade é algo que se inicia e se desenvolve de princípio 'dentro' da mulher, em seu corpo ou psiquismo. Por isso, consequentemente, a constatação de que o embrião, o feto ou até mesmo o bebê adotado é considerado por ela como parte integrante, não só do seu próprio corpo como da sua constituição psíquica. É importante dizer que existem algumas exceções, de viés patológico, na maior parte das vezes, em que a mulher não considera o embrião ou o feto como partes integrantes de seu próprio corpo, mas um corpo estranho. Para além do biológico, a criança que ela espera faz parte de uma gestação dela mesma como ser desejante. A mãe-a-ser, no caso ainda gestante ou expectante, compreende aquele ser, aqueles afetos, como parte unívoca de seu próprio ser. O bebê faz sentido biológico e emocional para a mãe. Por sua vez, a criança é marcada pelos afetos expressos em palavras e atos de cuidado embebidos no imaginário, acrescidos, após o nascimento, do olhar da maternidade sobre o bebê. Para a mãe, nesse cenário, a criança é uma extensão de si, e, em decorrência disso, sente-se inteira, como se fosse o filho aquilo que lhe completa, que lhe dá sentido enquanto mulher, e da qual só se desprenderá por meio de cortes, seja no corpo biológico (o cordão umbilical), ou no corpo erógeno, conforme descrito por Serge Leclaire (1992). Já o processo da paternidade se dá em um outro gradiente, na medida em que a gestação é sempre externa ao corpo do Pai. É um mistério que, uma vez apresentado, virá-a-ser paulatinamente desvendado, aos poucos, se é que ele pode ser inteiramente desvendado. Desejar ser Pai tem uma natureza diferente do desejo da gestante, da mãe. Por isso a importância, nesse processo, de desvendar o mistério, a busca ativa dessa compreensão, do desvelamento desse desejo. A paternidade vai ser algo a ser investido e insistido do mesmo modo que o espermatozoide investiu e insistiu sobre o óvulo. Quem deseja encarnar a paternidade vai ter que ativamente buscar em si o sentido daquele mistério, seja por meio da pura relação com a mãe-a-ser, do toque, da carícia e das palavras, que possam fazê-lo sentir a presença daquele ser, mas principalmente do cuidado e conforto que ele pode oferecer àquela durante a gravidez e no momento seguinte à chegada da criança. É nisso que se começa a se sentir Pai. O melhor dos mundos vai se dar quando a gestante o convida a compartilhar essa aventura de desvelamento, que a maternidade convide a paternidade, permita que a paternidade possa se constituir nesse processo, em uma possível repetição do comportamento do óvulo que, diante da insistência de milhões de espermatozoides, se deixa penetrar por um, escolha esta que ainda é misteriosa.

A paternidade em gestação, contudo, vai ser o motor para a constatação de um sentido ainda incipiente de que 'dentro' daquela mulher está um novo e Outro ser, que espera a hora melhor para se anunciar como pessoa, como sujeito. A gestante, por mais que no

discurso se refira ao feto ou ao bebê na terceira pessoa, tende a considera-lo também imaginariamente como parte de si própria, como já afirmado anteriormente.

Pode-se, portanto, resumir o que foi dito até aqui, afirmando que a paternidade é um processo que se desenvolve de princípio na 'percepção' do novo ser e no cuidado, no 'apoio' à mãe. Na dinâmica familiar, seja ela de qual natureza for, a paternidade se constitui em uma posição lateral ou, dito de outra maneira, a paternidade se constitui de fora. Todo este processo de cuidado, de presença, de amparo, necessário à constituição do sentido tanto da paternidade quanto da maternidade, como dissemos, durante o tempo de espera, vai prosseguir procurando então assegurar as melhores condições emocionais para o momento do parto ou da vinda do bebê.

É após a chegada do bebê que outra diferença vai se estabelecer no processo de estruturação da paternidade.

Dizemos que o bebê nasce em um estado de imaturidade psíquica (que tem ressonâncias diretas com uma imaturidade biológica) que se traduz no que Winnicott chamou de dependência absoluta. O bebê humano é um dos raríssimos exemplares do reino animal a não ter condições mínimas de sobrevivência a menos que tenha um cuidador/provedor desde os primeiros momentos e é que permanece dependente dessa atenção por um tempo bastante longo. Psiquicamente, essa dependência seria representada por um estado de completa indissociação entre o bebê e sua mãe. O corte efetuado na separação de corpos ocorrida no momento do nascimento não tem repercussão no bebê em termos de uma súbita independência psíquica. Em outras palavras, ainda persiste um único Ser (mãe-filho) em dois corpos, sustentado pelos cuidados ininterruptos da mãe, que procura garantir assim a sobrevivência da criança.

Jacques Lacan e Winnicott, teóricos da psicanálise com linhas de pensamento diversas, vão enfatizar a importância de uma função especular como ponto de partida para um processo de efetiva subjetivação do bebê. Lacan (1966), em seu trabalho sobre o estádio do espelho, vai nos dizer que, em torno de um ano, um ano e meio de vida, o bebê é capaz de se reconhecer através de sua imagem no espelho, o que daria início à constituição de um Eu autônomo, ou ainda da constituição diferencial de um *Je* e um *Moi*. O que importa neste momento é ressaltar a importância de uma identificação a uma imagem e um reconhecimento de si. Winnicott (1975), anos mais tarde, vai afirmar, em outras palavras, que o olho da mãe é o primeiro espelho, em que desde o início da vida, ao se ver ali refletido, o bebê pode iniciar a estruturação de uma subjetividade ao se dar conta de que o que era um único ser, na verdade são dois. Diga-se que em nenhum dos casos esse reconhecimento é automático.

Por sua vez, a mãe vai precisar passar por um processo gradual de separação psíquica do bebê. A mãe 'teve' um bebê. O bebê é dela, e é necessário que ela sinta assim para poder garantir, como dissemos, a sobrevivência dele. É importante, nesse momento, colocar a ambivalência que traz em si a expressão 'ter' o bebê. Ao mesmo tempo que esta criança vai ser uma promessa de continuidade, muitas vezes ela só tem valor enquanto uma posse, uma extensão de si (da mãe). Por isso não é tão raro encontrarmos mulheres que desejam engravidar, mas não desejam ser mães. Por outro lado, também poderíamos afirmar que, ao ter o bebê, a mãe volta a ser um bebê, indiferenciada dele.

Quando nos referimos acima sobre o olhar da mãe para o bebê, no qual ele vai se refletir, não fizemos referência à intensidade do poder desse olhar, da intensa circulação de afetos que se dá naqueles momentos. Esse poder é de tal monta que existe um grande risco de que ambos fiquem capturados nesse olhar, como Narciso ficou com sua imagem no lago. Que não sobre espaço para a individuação de cada um e eles fiquem assim,

grudados, como se ainda fosse uma gravidez. Então, aqui ainda, temos dois que se percebem um.

É a figura do Pai, o exercício da paternidade, aquilo que dissemos que estava ao lado, de lado, oferecendo com seus cuidados o ambiente necessário para que a mãe pudesse sustentar os cuidados com o bebê, que vai ser o fiador dessa relação, vai ser responsável por dar também as condições para que uma separação efetiva entre mãe e bebê possa se dar. Consideramos um vínculo algo que estabelece uma relação entre dois ou mais. Portanto, é o vínculo do Pai com a mãe que vai tornar possível ou efetivo um vínculo entre a mãe e o bebê. Como ele pode conseguir isso? Desviando para si, no devido tempo, o 'olhar' da mãe, aproveitando-se do convite dela para compartilhar com ela daquela experiência. É o exercício da paternidade que vai por sua vez convidar essa mãe a retomar o compartilhamento do mundo extrabebê, para o qual ela deve se voltar, mesmo que inicialmente de modo esporádico.

Para uma situação que está fechada em si mesma, em um mundo particular que poderíamos considerar um mundo interno, a paternidade encarna na sua figura e função o mundo externo. Como o bebê vai tender a olhar para onde olha a mãe, se ela retiver seu olhar sobre ele (só para ele, e uma vez que para o bebê a mãe é si mesmo ou algo que ele ainda não discrimina), serão remotas as possibilidades de uma real separação psíquica entre o bebê e a mãe. É preciso que o Pai consiga que a mãe volte seu olhar para ele, para que a criança possa também olhar, como se perguntasse, o que é isso para além dela, diferente dela, diferente de mim? Não é só se ver refletido no espelho que permite a constituição de um Eu; é preciso que alguém, um terceiro, e aqui neste momento eu posso dizer, o Pai, aponte para a imagem e diga: 'Aquele é você!'. Nesse sentido é que podemos dizer que, mesmo com todas as mudanças socioeconômicas que ocorreram nas últimas décadas, o pai ainda é o provedor. Não mais apenas um *pater familias*, provedor de segurança em nível material e social, mas principalmente o provedor legítimo de uma segurança afetiva.

O Pai tem então a função primordial de efetuar um corte que interrompa a fusão entre mãe-bebê delimitando o mundo interno (fantasias, necessidades e desejos) e externo (realidade) da criança.

Percebe-se que, conforme há pequenas mudanças no ambiente mãe-bebê (mãe atende ao telefone mesmo na vigência de uma demanda do bebê, pequenas saídas para fazer compras, entre outras), essas mudanças vão introduzindo a realidade para a criança, apresentando-lhe um novo mundo — real e social. Podemos inferir que, ao negar para o filho alguns de seus desejos, mas intuindo sua capacidade de lidar com o tempo de espera por eles sem que sua continuidade como Ser seja ameaçada, inicia-se a introdução no convívio social.

Sandor Ferenczi foi um dos primeiros pensadores a propor um novo modo de se conceber a educação de modo a incluir a criança e seus desejos como parte integrante em seu processo de inclusão social. Para ele, em 1928, era necessário conceber o conceito de adaptação em um viés ativo, divergindo da concepção biológica e evolucionista na qual o ambiente é o agente provocador de mudanças que permitem ou impedem a sobrevivência de um determinado ser ou espécie animal. Naquela época, era comum ainda se repetir a frase: 'Criança não tem querer!', como se tudo que fosse necessário ao seu desenvolvimento psicoafetivo adequado era o desejo parental sobre ela. Ferenczi (1992A) vai dizer que é a família que tem que se adaptar à criança, utilizando as manifestações de seus desejos parte integrante do seu processo educativo. Diz ele: "A tendência natural da criança pequena é para amar-se a si mesma, assim como a tudo o que considera como fazendo parte dela" (FERENCZI, 1992A, P. 7). A função do meio externo é justamente proporcionar a delicada operação

de estabelecer a noção de um 'dentro' e um 'fora' que possa vir a estabelecer uma relação entre o ser sujeito e objeto.

Resumindo, é papel do Pai realizar as intervenções necessárias que complementem a função materna, funções e figuras que se complementam e são vitais para a estruturação e para o desenvolvimento psicoafetivo da criança. O Pai promove o suporte emocional para que a mãe possa cumprir suas funções e, assim fazendo, também dizer os primeiros nãos...

O Pai seria então o primeiro educador da criança, aquele que detém um poder de interdição ao gozo absoluto, representado aqui na indistinção afetiva do bebê com a mãe, função irredutível de um 'lugar de exceção' nas palavras de Jean-Pierre Lebrun (2008). Um lugar de Lei, introjetado e intransponível em sua autoridade simbólica.

Não precisamos recorrer aos inúmeros trabalhos de tantos autores que têm se dedicado a tentar compreender todas as mudanças por que vem passando o tecido social nos últimos tempos e como essas sociedades tem se apropriado dessa Lei. Basta observarmos nossas relações mais próximas para termos uma boa noção. Até pelo menos as primeiras décadas do século passado, o sentido, subjetivo e social, da paternidade era dado como uma capitania hereditária. Gradativamente, no entanto, como sempre acontece, essa posição de realeza passou a sofrer fortes e contínuos ataques, vindo não só das gerações mais novas, mas também alimentado sobretudo por uma revolução dos costumes encarnado principalmente pelas mulheres, cuja voz, até então rouca e abafada, podia agora ser ouvida em toda sua força. Uma mudança necessária, mas que está longe de dar conta de toda a complexidade do mundo e das relações contemporâneas.

Na verdade, ao que essas vozes femininas (e de tantas outras minorias) se levantaram foi contra o caráter absolutista da posição paterna encarnada no masculino. Podemos então considerar que a contemporaneidade admite que o papel da paternidade em nível social pode ser encarnado independentemente do gênero, desvinculando-se do pai o gênero masculino. No entanto, observamos que, como em toda revolução, muitas vezes essas mudanças acabam atingindo áreas que não eram aquelas considerados como alvo. Um exemplo do que afirmamos é a constatação de que ao destronar o pai onipotente e autoritário de antes, acabou-se por desautorizar de modo quase que completo a figura e o papel paternos, na ilusão que a maternidade pode dar conta exclusiva não só da geração como também da subjetivação de um novo ser humano. A tarefa, que mesmo sem ser impossível, acarreta um fardo psíquico e social enorme, acabou por repetir nas estruturas familiares a mesma 'terceirização' observada no campo do trabalho. Esta observação nos permite extrapolar que, na verdade, a família contemporânea está quase absolutamente sujeita ao modo de ser e funcionar do capitalismo. Apesar de constatarmos que, na medida do possível, ainda hoje é comum ver essa cessão de poderes mantida no âmbito familiar, habitualmente centrada na figura da avó, o que percebemos é cada vez mais o exercício da maternidade e uma paternidade entregues ao Capital e seu braço mais conhecido e, ao mesmo tempo, mais reptício, o mercado, o papel social de detentor da Lei. Reiteramos que esta passagem se deu associada e em decorrência a uma incapacidade do Estado em assumir a contento o papel/função, primeiro foco desta outorga, o que remete ao título de uma palestra de Christopher Reeves (2011) publicada em livro, que procura problematizar esse papel: 'Será que o Estado algum dia será um pai suficientemente bom?'. Nesse texto, o autor discorre a respeito das cobranças da sociedade de um pai infalível, expondo as possibilidades de manejo entre família e Estado enquanto uma combinação

incerta. Mas esta importante discussão merece um aprofundamento específico.

Por fim, voltamos a Ferenczi. No artigo "A criança mal acolhida e sua pulsão de morte" (1992B, P. 48), o autor faz menção a dois casos clínicos, que afirma serem de "hóspedes não bem-vindos na família" (em itálico no original), um filho de mãe "obviamente sobrecarregada de trabalho" e outro cujo pai morreu pouco após seu nascimento. Apesar de escrito em uma época em que a família nuclear tradicional era a regra, nas palavras do autor, "essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada" (FERENCZI, 1992B, P. 48). Fica evidente nesses casos relatados a ausência física ou da implicação ativa da figura paterna.

Nosso ponto de vista é que, para uma nova formação familiar, é necessária uma ativa adaptação das figuras centrais dessa triangulação a essa nova realidade. Desse modo, é preciso gerar 'novas' crianças. Não mais como as citadas acima por Ferenczi (1992B), quase que profeticamente, dada à generalização que observamos em nossa sociedade de um comportamento onde é cada vez mais comum que:

> Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior eram bastante para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. 'Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e desconfiança' tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos. Podia-se falar também de nostalgia, apenas velada, da ternura (passiva), inapetência para o trabalho, incapacidade para sustentar um esforço prolongado [...]. (FERENCZI, 1992B, P. 49, GRIFO NOSSO).

Portanto, para novas crianças, é preciso novas mães e pais. E se o desejo materno é o motor para a introdução da figura paterna no estabelecimento de uma subjetivação efetiva do bebê, que aquele ou aquela que deseja se comprometer psíquica e afetivamente nesta função possa sair de uma posição esvaziada ou passiva, e não mais aguardar que o chamado se faça, mas ativamente buscar que a figura materna possa se voltar para o lado, desviando o olhar que era fixo no bebê. Que esse Pai seja a presentificação da Diferença, aquele em que não cabe mais o manto da autoridade absoluta, mas aquele que aprende no dia a dia a ser suficientemente bom. ■

Referências

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992b. p. 1-13.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992a. p. 47-51.

LACAN, J. Le stade du miroir. In: _____. *Écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 1966.

LEBRUN, J. P. *A perversão comum:* viver junto sem outro. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

LECLAIRE, S. *O corpo erógeno:* uma introdução à teoria do complexo de Édipo. São Paulo: Escuta, 1992.

REEVES, C. Can the state be a "good-enough parent"? In: _____. *Broken bounds:* contemporary reflections on the antisocial tendency. London: Karnak Books, 2011.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação:* estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Processo de formação de consultores estaduais: reflexão conceitual e prática sobre a experiência vivida

Training process of state consultants: conceptual and practical reflections about the experience lived

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos[1], Jane Gonçalves Pessanha Nogueira[2]

RESUMO O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência vivida como consultora do Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, no estado de Santa Catarina e sua capital, no período de 2012 ao início de 2015, dando ênfase às atividades de formação, articulando-as de modo reflexivo às atividades desenvolvidas no território. São apresentadas reflexões, tendo como foco a escuta diferenciada das questões e problemas locais, a condução e mediação de processos grupais, a capacidade de manejo de situações difíceis, a construção de vínculos cooperativos, a ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado, entre outros. A experiência vivida revelou-se rica e significativa na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, com impacto positivo no território.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde da criança; Política de saúde.

ABSTRACT *The following paper aims to report the experience lived as a consultant of the Ministry of Health – General Coordination of Child Health and Breastfeeding in the state of Santa Catarina and its capital, in the during the period between 2012 and early 2015. The developed activities in the area are connected, in a reflexive way, to the formation of new consultants. Reflections are presented focusing on the alternative view of the issues and local problems, group management, conflict management, creation of cooperative bonds, increasing and deepening of the understanding of the notion of care, among others. The experience has been very rich and significant because of the knowledge and abilities learned with a positive response from the area.*

KEYWORDS *Health management; Unified Health System; Child health; Health policy.*

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para Formulação e Implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Santa Catarina. *gregos@matrix.com.br*

[2] Psicóloga e Psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para Formulação e Implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *ebbs.jane@gmail.com*

Introdução

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) foi inicialmente desenvolvida em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, como uma pesquisa-intervenção, constituindo-se um dos seis munícipios selecionados como piloto, nos anos de 2010 e 2011. Tinha como objetivo geral "observar e experimentar estratégias de atenção à saúde da criança capazes de promover ambientes de desenvolvimento saudável" (ZEPEDA, 2013, P. 179). Os principais resultados dessa pesquisa estão documentados na obra de Penello e Lugarinho (2013).

Em um segundo momento, a EBBS se expande e se faz presente em todos os estados brasileiros, suas capitais e Distrito Federal (DF), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio da atuação dos consultores do MS – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), iniciativa do próprio Ministério em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), constituindo-se esta em uma estratégia prioritária para o fortalecimento das ações direcionadas à atenção integral à saúde da criança nos territórios, a exemplo da estratégia adotada para consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

Assim, desde abril de 2012, todos os estados brasileiros e o DF contam com o apoio dos consultores de saúde da criança e aleitamento materno, que têm como objetivo principal contribuir para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), além de apoiar as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde das capitais na implementação de ações de atenção integral à saúde da criança e aleitamento materno, com ênfase na Rede Cegonha. As atividades desenvolvidas têm como foco o tripé: cuidado, gestão e formação. Nesse processo, a EBBS ocupa posição de destaque no que se refere às atividades de formação dos referidos consultores.

Como consultora do MS para o estado de Santa Catarina e capital, iniciei minhas atividades em abril de 2012, a convite da Coordenação Estadual da Saúde da Criança da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e da Coordenação Municipal da Saúde da Criança da cidade de Florianópolis, sendo o meu nome encaminhado e aprovado pela CGSCAM do MS por atender aos critérios exigidos. A escolha dos profissionais para iniciar o processo considerou a importância da construção de um pacto interfederativo que fosse capaz de sustentar não só a construção, mas também a efetiva implantação da Política em todo território nacional.

O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência vivida como consultora do MS da CGSCAM no estado de Santa Catarina e sua capital, no período de 2012 ao início de 2015, dando ênfase às atividades de formação proporcionadas pela EBBS, articulando-as de modo reflexivo às atividades desenvolvidas no território.

Neste relato, são abordados os seguintes temas: escuta diferenciada das questões e problemas locais, a condução e mediação de processos grupais, a capacidade de manejo de situações difíceis, construção de vínculos cooperativos, ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado, apropriação do conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil, Método Paidéia como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho, a relação entre o apoiador institucional e a transferência e contratransferência entre a equipe e o apoiador.

Escuta diferenciada das questões e problemas locais

A escuta diferenciada, compreendida como aquela que implica em apreender e compreender o conteúdo e os sentimentos dos atores sociais envolvidos, responder aos sentimentos expressos por eles, aceitar as expressões

e sentimentos tanto positivos quanto negativos, não fazer julgamentos, perceber o tom de voz, a fluidez do discurso, as pausas, as vacilações, construção das frases, observando a linguagem não verbal (postura, expressão facial, gestos, olhar, movimentação das mãos, pernas e pés, respiração); esteve presente nos contatos estabelecidos, quer individualmente ou em grupo, constituindo-se em elemento facilitador no enfrentamento das questões cotidianas e na solução dos problemas locais.

Esse tipo de escuta, a meu ver, diferenciou-se e contribuiu substancialmente para estimular mudanças nos cenários da prática tanto no âmbito estadual como no âmbito municipal. A utilização dessa habilidade permitiu-me constatar que, na medida em que as pessoas se sentem ouvidas, elas sentem-se valorizadas, menos defensivas, menos autoritárias, mais flexíveis e mais abertas, propiciando assim mudar suas atitudes em relação a si próprias e em relação aos outros.

Ouvir bem, segundo o texto 'O estado de espírito cooperativo', de Sennett (2012), sugerido para leitura em nosso processo de formação, exige um conjunto de habilidades, tais como capacidade de direcionar a escuta atentiva para o que os outros dizem e interpretar/refletir antes de responder, conferindo sentido aos gestos e silêncios, bem como às declarações. Segundo esse autor, se nos atentarmos para observar bem, prestarmos realmente atenção, demonstrarmos interesse pelo que o outro diz, a conversa que daí resultará será enriquecida, mais cooperativa, mais dialógica. A arte dialógica, como sustenta Sennett (2012), parte do pressuposto de que as pessoas que não observam não podem dialogar. Essa leitura contribuiu sobremaneira para a aquisição e sedimentação de novos conhecimentos teóricos, que incorporados à minha experiência vivida possibilitaram subsidiar melhor a prática, desenvolver e aprimorar habilidades dialógicas.

Em síntese, em relação à escuta diferenciada, eu diria que é preciso saber ouvir e escutar, olhar e ver, perceber e sentir, só assim poderemos realmente compreender o mundo social que nos cerca e abordar de maneira objetiva o sentido subjetivo da ação humana. Acredito que a 'escuta diferenciada' das questões e problemas locais encontrados nos diferentes cenários em minha prática cotidiana como consultora, agregando os novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades, contribuiu para o estabelecimento de relacionamentos cooperativos.

Condução e mediação de processos grupais

Acredito que do ponto de vista teórico, a leitura do texto de Sennett (2012) citado anteriormente, foi bastante elucidativa, trazendo contribuições importantes para a ampliação da compreensão dos conceitos de 'cooperação', 'trocas cooperativas', gestão de conflitos, entre outros, para condução e mediação de processos grupais. Segundo esse autor, a cooperação é compreendida como "uma troca em que as partes se beneficiam" (SENNETT, 2012, P. 15). De igual modo, o texto intitulado 'Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia', de autoria de Gustavo Tenório Cunha e Devisson Vianna Dantas (2008), forneceu importantes subsídios teóricos especialmente no que se refere à noção de grupalidade.

Segundo os autores, o Grupo Balint-Paidéia é concomitantemente um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínico-gerenciais em que os profissionais possam apresentar seus casos, lidar com a subjetividade envolvida, trocar ideias com a mediação do gestor/apoiador e se debruçar sobre ofertas teóricas, sempre buscando criar uma grupalidade solidária e ampliar a capacidade de análise e intervenção (CUNHA; DANTAS, 2008).

Do ponto de vista prático, não encontrei maiores dificuldades em relação a esse aspecto, pois meu vivido cotidiano é transversalizado por oficinas de criação coletiva, tallers, rodas de conversa, entre outras modalidades de condução de grupos, privilegiando a participação ativa dos atores sociais envolvidos, constituindo-se estes em espaços potenciais de trocas e de experiências compartilhadas.

Capacidade de manejo de situações difíceis

Em minha prática cotidiana, de modo geral, não encontrei muitas situações difíceis. A mais delicada envolveu a certificação de 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Florianópolis (SC), sendo exigido pelo MS mudança de fluxograma para distribuição de fórmulas infantis, feita pelas UBS mediante critérios bem rigorosos. Nesse particular, tive que fazer a mediação entre os técnicos da área da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), gerentes, secretário de saúde do município e coordenação da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), para que as unidades fossem certificadas, uma vez que gestores intermediários eram contrários à mudança de fluxo, alegando se constituir em um retrocesso em decorrência de dificultar o acesso. Após várias argumentações, o secretário de saúde do município de Florianópolis assumiu oficialmente na ATSCAM, atualmente CGSCAM do MS, o compromisso de alterar o fluxo, enviando ofício ao coordenador da ATSCAM. Diante desse compromisso assumido pelo secretário, as 14 unidades receberam a certificação no final de outubro de 2012, ficando estas tendo que alterar o fluxo. Esta para mim foi uma das situações mais difíceis de manejar, pois havia um posicionamento contrário muito forte por parte de alguns gestores intermediários da SMS em alterar o fluxograma.

Construção de vínculos cooperativos

O vínculo é uma estrutura na qual estão envolvidos indivíduos, objetos e uma relação particular entre eles — do indivíduo ante os objetos e vice-versa —, ambos cumprindo determinada função para o alcance de objetivos comuns. Portanto, o vínculo é uma relação particular com os objetos que resulta em uma pauta de conduta, que se traduz na forma observável do vínculo, sendo possível identificar nela (na conduta) a sua expressão (vínculo). Disso se segue que a forma como os indivíduos se comportarão na organização (objeto) está diretamente relacionada com o estabelecimento de vínculos entre ambos.

A minha inserção nos grupos envolveu três momentos. O primeiro, que incluiu os fenômenos de afiliação e identificação, os quais se transformaram em pertença, momento em que identifiquei minha integração ao grupo. O segundo momento foi o de cooperação, que se traduziu na minha contribuição para a tarefa grupal. A pertinência, que consistiu no terceiro momento, quando me centrei nos grupos e nas tarefas. A identificação, o sentimento de pertença, a integração e a cooperação constituíram-se em componentes dos vínculos estabelecidos e se mostraram intimamente relacionados entre si.

Em minha avaliação, penso que consegui fortalecer vínculos cooperativos já estabelecidos anteriormente e construir novos em todas as esferas de atuação. Na esfera municipal, fortaleci vínculo com gestores locais, incluindo desde o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis até os gestores intermediários e técnicos da área da saúde da criança, da mulher e do aleitamento materno.

Na esfera estadual, também foram fortalecidos vínculos já existentes com gestores, coordenadores e técnicos da Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança. Nessa esfera, construí vínculos com o grupo condutor da Rede Cegonha da Secretaria de Estado da

Saúde de Santa Catarina (SES/SC), vários apoiadores do MS, consultores do Método Canguru, entre outros.

Na esfera federal, a construção de vínculos cooperativos foi muito expressiva e significativa tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo. Foram visíveis os diferentes momentos que vivenciei o estabelecimento e construção de vínculos cooperativos com a coordenação nacional da CGSCAM e a Coordenação-Geral da Saúde da Mulher do MS e suas equipes, com os demais consultores estaduais e nacionais da CGSCAM, com os pesquisadores envolvidos com a formulação da PNAISC, com os integrantes da EBBS — coordenadoras e tutoras —, entre outros.

Ampliação e aprofundamento da compreensão da noção de cuidado

O cuidar/cuidado, tanto do ponto de vista prático quanto do ponto de vista teórico, tem sido meu companheiro em minha trajetória profissional como enfermeira, seja na atividade de docente, seja na atividade assistencial e gerencial, adquirindo um sentido especial em minha experiência vivida. Tenho procurado ampliar a noção de cuidado, e cada vez que aprofundo o tema, percebo a complexidade das dimensões que o comporta.

Na experiência vivida como consultora, a noção de cuidado, do ponto de vista teórico, foi aprofundada por meio da leitura de textos, entre os quais, destaco: 'O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde', autoria de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2004), 'As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura', de Luis Cláudio Figueiredo (2009), e 'O que significa mesmo o Cuidado?', de Leonardo Boff (2012). Esses textos me convidaram a refletir sobre novas perspectivas paradigmáticas acerca do que é cuidar/cuidado e contribuíram para reforçar minhas crenças e minha visão de cuidado, ou seja,

> [...] o cuidado como algo que envolve a possibilidade de escutar e de ser escutado, de acolher e ser acolhido, de reconhecimento das diferenças na busca das melhores soluções, em qualquer nível de relações. De poder trabalhar considerando a interdisciplinaridade, a integralidade, as ações compartilhadas, a formação de vínculos de confiança, a construção de um compromisso de corresponsabilidade etc., mas de modo efetivo e para além dos protocolos de recomendações, que são necessários, no entanto nem sempre funcionam. Cuidado, aqui, se refere a experiência-de-existir-com-o-outro presente em qualquer situação da vida. (PITOMBO; ROSARIO, 2012, P. 5).

Em relação às políticas, ampliei minha consciência para a importância de que o cuidado sensível deve transversalizá-las, considerando que é a sua presença na construção de vínculos, expresso de forma amorosa entre os atores envolvidos, que dá sustentabilidade ao ambiente facilitador da vida, possibilitando outros modos de existir, pautados em um processo de viver mais solidário, "mais valorizador das diferenças e suas desestabilizações, mais colaborativo e mais democrático" (PASSOS *ET AL.*, 2014, P. 806).

Apropriação do conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil

Em relação à apropriação de conhecimento teórico sobre o desenvolvimento emocional infantil, destaco os temas apresentados no 'Seminário Internacional de Políticas para o Desenvolvimento Integral na Primeira Infância', em que foram abordados e discutidos assuntos extremamente relevantes e

atuais sobre a temática, entre os quais salientou a apresentação do vídeo intitulado 'As experiências moldam a arquitetura do cérebro', produzido pelo *Center on the Developing Child (CDC)* (2012), da Universidade de Harvard, tendo como foco a neurociência e o desenvolvimento infantil; a apresentação feita por Liliane Mendes Penello, intitulada 'A importância do fomento ao vínculo e ao ambiente facilitador à vida na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança'; e a leitura do texto recomendado 'Os bebês e suas mães', do psicanalista Donald Winnicott (1994), em que focaliza a importância da mãe no desenvolvimento emocional do bebê cujos efeitos, segundo o autor, são de importância crucial para o indivíduo por se estenderem para além da infância. Muitos problemas da fase adulta estariam vinculados a disfunções ocorridas entre a criança e o 'ambiente', representado geralmente pela presença (ou não) da mãe. Nesse particular, o autor apresenta três pontos para sustentar sua tese. 1) Considera que a mãe (e não outra pessoa) é necessária como pessoa viva, presente, de forma não platônica no início da vida para o desenvolvimento físico e também emocional do bebê. Deve existir completo acesso ao corpo vivo, presente, da mãe, com troca de calor, de carinho, de estímulos sensoriais, auditivos, táteis, entre outros.

Também destaca a importância da alimentação infantil bem-sucedida, considerando uma parte essencial da educação da criança. A amamentação materna ganha destaque não só pelo valor nutritivo do leite materno, mas sobretudo pelas trocas, pelo estabelecimento e fortalecimento do vínculo que se estabelece entre a mãe e o bebê. 2) A mãe é necessária para apresentar o mundo ao bebê; o bebê precisa conhecer o que está a seu redor, e é importante que isso seja feito pela própria mãe. Nos primeiros meses de vida, o bebê depende totalmente do ambiente, e vai, com o crescente amadurecimento, tornando-se cada vez mais independente, alcançando, na maturidade, uma independência relativa; e 3) A terceira maneira que a própria mãe é necessária, e não 'uma turma de excelentes pessoas de boa vontade', diz respeito ao que o autor denomina de 'desilusionamento', até que a criança fique habilitada a livrar-se da dependência inerente às fases iniciais. Ao finalizar, o autor enfatiza o princípio de que o desenvolvimento emocional do bebê, especialmente no início, só pode ser bem consolidado na base das relações com uma pessoa que idealmente 'deveria ser a mãe'. Quem mais sentirá e fornecerá o que é preciso?

O texto de Winnicott (1994) por um lado me convidou a refletir sobre a importância da mãe como elemento central no desenvolvimento emocional infantil, mas por outro, suscitou inquietações acerca da contribuição do pai nesse contexto.

Método Paidéia como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho

No processo de formação que acompanha o desenvolvimento de nossas atividades, conheci o Método Paidéia (ou Método da Roda) como proposta de apoio à cogestão de coletivos organizados para o trabalho (CAMPOS, 2000; CUNHA; CAMPOS, 2010). Esse Método busca expandir a capacidade das pessoas de aprenderem a lidar com o poder, com a circulação de saberes e afetos. Caracteriza-se principalmente por assumir compromisso com a democracia institucional, reconhecer a importância da pluralidade e a transversalidade das instituições, apostar na politização da gestão, entre outras. Como resultado, "pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos" (CAMPOS *ET AL.*, 2014, P. 985), aumentando as chances dessas pessoas agirem sobre todas

essas relações. Aponta para o reconhecimento da possibilidade de instituir compromissos coletivos e para a necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social (CAMPOS *ET AL.*, 2014).

Nesse particular, destaco que desde o início de minhas atividades como consultora do MS no estado de Santa Catarina e capital, essa tem sido uma prática fortemente presente. Compromissos institucionais coletivos e essencialmente democráticos têm sido instituídos entre sujeitos com distintos graus de saber e de poder, envolvendo gestores, profissionais, técnicos, entre outros, tanto para a contratualização, elaboração de protocolos, formação, planejamento, avaliação e monitoramento de eixos (Atenção humanizada, qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido – Rede Cegonha, Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Atenção Integral à Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas e Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz), como para a formulação de políticas, como a da PNAISC.

Também o Fórum Perinatal e as rodas de conversa com o apoio integrado constituem-se em espaços coletivos, participativos e democráticos onde há compartilhamento de poderes, saberes e subjetividades. A relação é, antes de mais nada, um encontro pessoal, no qual circulam afetos, subjetividades, e nesse encontro estão todos seus potenciais. Como resultado do uso desse Método, que possibilita e reconhece a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, é possível perceber ampliação da grupalidade solidária e inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

A relação entre o apoiador institucional e a equipe

O apoio institucional, entendido como um "recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão", consiste em um modo para se realizar a cogestão que requer "postura interativa, tanto analítica quanto operacional" (CAMPOS *ET AL.*, 2014, P. 987). É um tema estratégico e propõe uma nova maneira de produzir democracia nas instituições. Ele amplia a capacidade de reflexão e análise das pessoas, que podem qualificar sua intervenção em saúde, seu trabalho em saúde e sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. O apoiador institucional atua 'com e na constituição de coletivos organizados', em 'espaços de poder compartilhados', que se organizam para produzir saúde, tendo um papel ativo na 'cogestão, na roda de gestão e na coprodução', conceitos estes abordados no texto.

Essa função de apoio institucional é chave para que grupos e organizações transformem sua gestão e avancem para a democracia institucional. O apoio institucional busca, então, reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, para que ocorram as transformações necessárias nas organizações. E essas transformações têm sido perceptíveis em meu território.

Transferência e contratransferência entre a equipe e o apoiador

Para que o efeito 'Paidéia' se cumpra, efeito este compreendido como "o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas

para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto" (CAMPOS *ET AL.*, 2014, P. 985), são necessários vários procedimentos metodológicos. Um desses procedimentos que me chamou a atenção é o reconhecimento de que há 'transferência e contratransferência' entre a 'equipe e o apoiador'. O conceito de transferência, nesse Método, é utilizado na cogestão para indicar que há fluxo de afetos. Desejos, bloqueios, interdições, que cruzam os espaços coletivos sem que os envolvidos tenham plena consciência desses movimentos. Há, portanto, afeto, luta pelo poder e conflito nas relações que se estabelecem entre os membros de uma equipe, destes com o apoiador e vice-versa. Reconhecer que há circulação de afeto é reconhecer que as pessoas em cogestão se afetam, gerando incômodo, desafio, inveja, disputa, simpatia, mudança e ódio entre elas. Processos de produção de afetos em que as pessoas transferem às outras características estereotipadas, o que as estimula a criarem padrões fixos de relação, os quais podem bloquear a cogestão Paidéia dos coletivos. Assim, reconhecer a existência desses processos, analisá-los com crítica e intervir sobre os significados transferidos é um poderoso recurso de gestão. A transferência é um processo dialético, em que as partes influem sobre a construção do significado atribuído ao outro, ao coletivo e ao resultado do trabalho.

Fazendo uma avaliação à luz do conteúdo do texto, no que se refere às modalidades predominantes de construção de transferência entre a equipe e o apoiador, percebo em minha experiência como apoiadora institucional a modalidade três, ou seja, a que contempla 'o processo de transferência criador ou crítico é a que tem prevalecido'. Tal constatação se dá em vários espaços, seja na SES/SC (de forma mais intensa), na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, nos fóruns, nas reuniões técnicas, nas instituições hospitalares que aderiram à Rede Cegonha, como também a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Bancos de Leite Humano, Método Canguru, nos comitês (Aleitamento Materno, Mortalidade Materna, Fetal e Infantil), Apoio Integrado, entre outros eixos. Cito, à guisa de exemplo, a experiência vivenciada em uma maternidade pública vinculada à SES/SC, em que inicialmente seu corpo clínico (médico) rejeitava a ideia de implantar um Centro de Parto Normal intra-hospitalar, em contraposição ao desejo das enfermeiras obstétricas atuando na instituição. Após várias rodas de conversas com os atores implicados (direção, neonatologistas, obstetras, enfermeiras e demais profissionais envolvidos, apoiadores institucionais do MS, gestores da SES/SC), decidiu-se no coletivo a implantação de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar nessa maternidade.

Descrição de algumas situações vividas para ilustrar as reflexões realizadas

Teria inúmeras situações vividas ilustrando as reflexões realizadas. Destas, selecionei a minha participação e contribuição para a adesão e implantação da Rede Cegonha no estado de Santa Catarina e capital, uma das ações eleitas como prioritárias.

No início de minhas atividades como consultora, em maio de 2012, todos os estados brasileiros já haviam aderido à Rede Cegonha e se encontravam em adiantado processo de implantação, exceto Santa Catarina e Maranhão. A partir de então, foi iniciado um trabalho de cogestão — compreendido como um sistema de gestão que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia, tendo como ponto de partida a construção de contrato estabelecendo expectativas, objetivos, regras e método de trabalho no sentido de sensibilizar

instituições, gestores e equipes, visando às transformações necessárias, unindo esforços onde o apoiador institucional (consultor da CGSCAM, apoiador temático, de referência e de serviço) desempenhou e continua a desempenhar papel primordial com as equipes e sujeitos implicados no processo. Como resultado desse empreendimento — em que o apoiador institucional ofertou/oferta suporte ao movimento de mudança deflagrado pelos coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança, constituindo-se tarefa primordial do apoio —, em dezembro de 2012, três regiões de saúde eleitas como prioritárias em nosso estado já tinham seus planos de ação aprovados nas instâncias necessárias e suas portarias publicadas pelo MS, seguida da contratualização dos serviços.

Desde agosto de 2013, as demais regiões de saúde do estado de Santa Catarina, em número de 13, também aderiram à Rede Cegonha, totalizando 100% de adesão, ou seja, as 16 regiões de saúde existentes nesse estado já desenvolveram seus planos de ação, em espaços coletivos, democráticos, participativos, suas portarias também já foram assinadas e publicadas pelo MS, e as mudanças que se fazem necessárias estão ocorrendo com muitas rodas de conversas. Enfim, a meu ver, este é um exemplo concreto de minha prática cotidiana, que ilustra bem a relação apoiador institucional e equipe e que mostra o efeito Paidéia.

Considerações finais

Em linhas gerais, a experiência vivida em relação às 'atividades de formação' na qualidade de consultora do MS para a CGSCAM aqui relatada foi e continua sendo bastante rica e significativa em termos de aquisição de novos conhecimentos teóricos, práticos e no desenvolvimento de habilidades, especialmente as interpessoais, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas em grupo (sejam as virtuais, por meio de fóruns grupais na Plataforma UniverSus dos coordenadores e consultores da saúde da criança para a construção interfederativa da PNAISC), e encontros presenciais (por meio de fóruns, seminários, reuniões, encontros, oficinas de formação), quanto no que diz respeito às atividades desenvolvidas de forma individual, por intermédio da leitura de textos sugeridos e complementados por iniciativa própria. Fazendo um balanço do que resultou para mim, sem dúvida, o saldo foi altamente positivo.

Acredito que o meu estoque de experiência e de conhecimento acumulados ao longo de minha trajetória profissional, associados à aquisição e sedimentação de novos conhecimentos, novas experiências e o desenvolvimento de novas habilidades, contribuiu e vem contribuindo significativamente para minha atuação como consultora do MS da CGSCAM no estado de Santa Catarina e sua capital.

Além desses aspectos, destaco também os encontros presenciais possibilitando a troca de experiências por meio de rodas de conversa e debates com vistas à reflexão de situações inerentes ao processo de trabalho, bem como as estratégias adotadas para o fortalecimento de vínculos entre os profissionais participantes, competência técnica, apoio político, estabelecimento de parcerias, adoção de metodologias construtivistas no processo de trabalho, valorizando o saber prévio e as experiências dos atores envolvidos, conhecimento prévio do território, experiência de gestão pública anterior. ■

Referências

AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BOFF, L. O que significa mesmo o cuidado? *Jornal do Brasil*, 21 mai. 2012. Disponível em: <http://www.jb.com.br/leonardo-boff/noticias/2012/05/21/o-que-significa-mesmo-o-cuidado/>. Acesso em: 7 jul. 2015.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *et al*. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD (CDC). *As experiências moldam a arquitetura do cérebro*. Universidade de Harvard, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eSAHbDptGh4>. Acesso em: 7 jul. 2015.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Method Paideia democratic management at work. *ORG & DEMO*, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 225-250.

PASSOS, E. *et al*. Apresentação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 805-808, dez. 2014.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:* a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PITOMBO, L.; ROSARIO, S. Comunicação para a oficina de acolhimento aos consultores nos estados. *Notas preliminares sobre o processo de formação*. 2012. Mimeo.

SENNETT, R. O estado de espírito cooperativo. In: _____. *Juntos:* os rituais, os prazeres e a política da cooperação. Rio de Janeiro: Record, 2012. p. 13-45.

WINNICOTT, D. A dependência nos cuidados infantis. In: _____. *Os bebês e suas mães*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 73-78.

ZEPEDA, J. Influência da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis na atenção à criança em Florianópolis: efeitos de aprendizagem do processo de implantação. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:* a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 177-196.

O que move o nosso trabalho? A experiência do consultor da saúde da criança e aleitamento materno em apoiar as ações nos territórios

What moves our work? The experience of child health consultant and breastfeeding support actions in the region

Wanêssa Lacerda Poton[1], Sonia IsoyamaVenâncio[2], Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira[3], Daniel Pires de Carvalho[4], Sílvia Helena de Araújo Carneiro[5], Vânia Maria Andrade da Rocha[6], Elizabeth Cruz Müller[7]

[1] Enfermeira. Doutoranda em epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) – Pelotas (RS), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Espírito Santo. *wanipp@gmail.com*

[2] Médica. Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Consultora nacional da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *soniav@isaude.sp.gov.br*

[3] Médica. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Rio de Janeiro. *rosanesvp@uol.com.br*

[4] Médico. Mestre em ensino em ciências da saúde pela Universidade Federal de Rondônia (Unir) – Porto Velho (RO), Brasil. Consultor estadual da CGSCAM/MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Rondônia. *dpdan007@hotmail.com*

RESUMO Este artigo relata a experiência da consultoria na área de saúde da criança e aleitamento materno (Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno) do Ministério da Saúde nos estados do Acre, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rondônia, na contribuição para a implementação das ações de saúde da criança nesses territórios. O texto traz os desafios enfrentados na implantação da consultoria nos estados, como ocorreu a formação desse consultor e suas ações no território, bem como sua atuação nas redes de atenção à saúde. O resultado desse trabalho deu-se na transformação desse consultor, bem como no aumento das ofertas à saúde da criança no território e avanços a partir da elaboração e aprovação da Política Nacional de Saúde da Criança, construída de forma coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Consultores; Política de saúde.

ABSTRACT *This article reports the experience of consulting in child health and breastfeeding (CGSCAM) of the Ministry of Health in the states of Acre, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro and Rondônia, in contributing to the implementation of child health actions in these territories. The text presents the challenges faced in the implementation process of consultancy in the states, how the training of those consultants was carried out and their actions in the territories, as well as their performance in health care networks. The result of this work took place in the transformation of the consultants, as well as in the increasing of the offers to child health in the territory and advances from the preparation and approval of the National Child Health Policy, built collectively.*

KEYWORDS *Child health; Consultants; Health policy.*

Introdução

A Flor do Sonho

A Flor do Sonho, alvíssima, divina,
Miraculosamente abriu em mim,
Como se uma magnólia de cetim
Fosse flor ir num muro todo em ruína.

Pende em meu seio a haste branda e fina
E não posso entender como é que, enfim,
Essa tão rara flor abriu assim!...
Milagre... fantasia... ou, talvez, sina...

Ó Flor que em mim nasceste sem abrolhos,
Que tem que sejam triste sos meus olhos
Se eles são tristes pelo amor de ti?!...

Desde que em mim nasceste em noite calma,
Voou ao longe a asa da minha'alma
E nunca, nunca mais eu me entendi...

(ESPANCA, F.)

O que move nosso trabalho é o desejo de oferecer uma atenção universal e integral às crianças brasileiras, melhorando a qualidade de vida e promovendo o desenvolvimento pleno da infância, base para a formação de um indivíduo saudável. Nesse contexto, agregamos um olhar especial para gestores e profissionais de saúde, atores fundamentais nesse cenário. O trabalho isolado não daria conta desse cuidado holístico, pois a integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), é objeto/objetivo das redes de atenção à saúde (CECÍLIO, 2001; ALECRIM; DOBASHI, 2014).

O consultor surge, então, com o ofício de promover reflexão e análise dos contextos da atenção à saúde, contribuindo para a construção de uma linha de cuidado que atenda integralmente à criança, tendo como grande desafio disparar nos atores a produção de novas subjetividades que promovam mudanças efetivas nos processos de trabalho e produção do cuidado. O trabalho do consultor, com imersão no território, pretende valorizar sua singularidade e o 'como fazer' personificado em cada ser (CECCIM, 2005; CUNHA; CAMPOS, 2010).

Essa atuação no território promove uma aproximação maior entre o Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais de saúde para uma construção conjunta e interfederativadas ações dirigidas à saúde da criança.

Cabe ao apoiador levar ofertas de tecnologias duras (ofertas de melhoria na estrutura física e aquisição de equipamentos) aos gestores, trabalhadores e equipes, igualmente a oferta de tecnologias leves e leve-duras, como as tecnologias das relações, facilitando uma intervenção não só tecnocrata, mas também de atuação nos conflitos e afetos que permeiam as rodas de conversa e de cogestão (MERHY, 1997).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência dos consultores/apoiadores da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) sobre a atuação do apoio à implementação das ações de saúde da criança nos estados do Acre, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rondônia, a partir da percepção dos Consultores de Saúde da Criança (CSC) que atuam nesses territórios.

O apoiador e o território: sua inserção em uma rede de relações

A consultoria da saúde da criança e do aleitamento materno foi inserida no território brasileiro desde março de 2012 pela CGSCAM/MS, em parceria com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), com o objetivo de fortalecer as ações voltadas para a saúde da criança no território, promovendo uma articulação interfederativa, a fim de construir uma linha

[5] Enfermeira. Especialista em urgência e emergência pela Universidade Federal do Acre (Ufac) – Rio Branco (AC), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Acre. *shacsasemeadora@gmail.com*

[6] Médica. Mestranda em promoção de saúde e prevenção da violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Minas Gerais. *vaniarocha@gmail.com*

[7] Psicóloga. Mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora pedagógica do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *bmuller@centroin.com.br*

de cuidado da atenção integral à criança, favorecendo seu pleno desenvolvimento e a redução da mortalidade infantil.

Esse trabalho não veio 'pronto'. Uma característica que possibilitou o seu sucesso foi a liberdade proporcionada ao consultor de desenvolver suas ações a partir da realidade encontrada em seu território, construindo relações durante esse processo, que foi adquirindo assim uma forma singular e não pré-formatada — espontânea — à medida que o trabalho de formação dos CSC e sua atuação eram desenvolvidos (MERHY, 1997).

No início das nossas atividades como CSC nos territórios, tudo era inesperado, surpreendente e desafiador. Entramos de um jeito e saímos metamorfoseados, na junção de vários uns (um pouco de cada afeto combinado). Não tínhamos ideia das mudanças que estariam por acontecer no nosso modo de agir e de pensar e qual desafio teríamos pela frente. Aliás, não tínhamos a dimensão do que significava essa nossa nova função. O coletivo de CSC foi formado com uma diversidade de profissionais de saúde com vivências no SUS; o sentido seria dado à medida que o trabalho dos CSC fosse sendo construído. O mais interessante é que esse coletivo diversificado trabalharia compartilhando as suas angústias, dificuldades, experiências, vitórias, ou seja, multiplicidades de sentimentos voltados para um bem comum maior. As dúvidas eram imensas, proporcionais ao trabalho a ser realizado. Não tínhamos a dimensão das mudanças que provocaríamos nos nossos territórios e na nossa maneira de agir e pensar em termos de políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, com foco na atenção integral à saúde da criança. O processo era muito novo para todos nós. Aos poucos, fomos sendo conduzidos de uma forma muito sutil e despercebida, trilhando um caminho com muitas descobertas e garantia de emoções inéditas.

A inserção do consultor não foi tão fácil, sendo heterogênea na diversidade territorial do nosso País. Apesar da proposta ser de apoio, fomos vistos em princípio como fiscalizadores dos serviços. Houve um grande gasto de energia e um desgaste emocional razoável, até o alcance do reconhecimento da função 'apoio'. Passamos por diversos conflitos de ordem relacional e de interesses políticos, jogos de poder. Hoje esses conflitos ainda surgem, mas com menos frequência e com um enfrentamento diferenciado: empoderados de saberes e das funções do apoio à implantação das ações de saúde da criança.

Aprendemos inicialmente a cartografia, a nossa inserção nos cenários dos territórios, um mapeamento, com a perspectiva de poder enxergar os atores-chave nesse contexto. Nosso campo de visão se ampliou muito, e alcançamos e pontuamos as pessoas certas que teríamos que apoiar nas ações. O reconhecimento da necessidade de conhecer esse componente cartográfico dos diferentes territórios que compõem o espaço que iríamos atuar, de modo que se tivesse uma visão permanente das deficiências e potencialidades, mostrou-se fundamental para nortear a nossa atuação governamental. Revelou-se aí, portanto, a importância da cartografia como instrumento de planejamento e gestão das nossas futuras ações.

A construção das ações do consultor de saúde da criança

As ações do consultor foram e são apoiadas por um tripé — tutoria da EBBS, consultor nacional e pesquisador — que norteou a construção do processo de trabalho dos CSC e possibilitou a renovação de cada consultor diante dos conflitos enfrentados a cada momento. Aprendemos a apoiar sendo apoiados. Além do conteúdo formal, que nos proporcionou o preparo para realizar o apoio às coordenações da saúde da criança dos estados e capitais, utilizamos tecnologias relacionais, como o apoio institucional,

condução de rodas de conversa e articulação dos serviços no território, a partir da cartografia e da produção de espaços coletivos (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

Além desses atores (consultor nacional, tutora da EBBS, equipe da CGSCAM), o processo de trabalho do consultor foi construído também com a participação do pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que nos trouxe, em vários momentos, a reflexão de nossas atividades, os avanços e os obstáculos por meio da devolutiva da pesquisa. Esse foi um refletor que nos ajudou a realizar a análise de nossas ações nos territórios com destaques para as fragilidades e potencialidades, reconstruindo objetivos, produzindo subjetividades e mudanças ininterruptas.

Esse apoio aos CSC foi constante: encontros presenciais e virtuais, favorecendo a grupalidade e dando potência para o agir. Os encontros virtuais ocorreram a partir da Plataforma UniverSUS-EAD, instrumento importante que permitiu o contato constante entre os consultores e destes com suas tutorias e equipe da CGSCAM, por meio dos fóruns, leituras e discussões de textos, trocas de vivências no contexto dos trabalhos. Esses dispositivos nortearam as ações dos CSC por permitir a constante formação, troca de ideias, experiências e esclarecimento de dúvidas.

Durante o processo de trabalho dos CSC, a EBBS dedicou-se a lapidar cada consultor, de modo a fortalecê-lo diante das demandas que enfrentou/aria no território. Essa formação compreendeu três dimensões: cartografia, grupalidade e cuidado.

A 'cartografia' foi o início de tudo: um instrumento potencial de inserção nos territórios, um mapeamento com a perspectiva de poder enxergar os atores-chave dentro de seu contexto. Nosso campo de visão se ampliou muito, proporcionando-nos o reconhecimento das pessoas-chave para o apoio às nossas ações. Conhecer os diferentes territórios de nossa atuação, fazer um diagnóstico permanente das necessidades e potencialidades locais, norteou nossa atuação enquanto representantes do MS. Revela-se aí, portanto, a importância da 'cartografia' como instrumento de planejamento e gestão das nossas presentes/futuras ações (ROLNIK, 2006).

A segunda dimensão labutada com os CSC foi a 'grupalidade': teve potência como um dispositivo de mudança que interferiu na formação e se disseminou enquanto prática viva no dia a dia do consultor. A 'grupalidade' é uma oferta ao trabalho em equipe, um espaço para a produção de sentidos, mudanças, subjetividades, sujeitos, saúde e para a construção das nossas ações (BARROS, 2009).

Chegamos então ao 'cuidado', como aposta de construção de um ambiente facilitador à vida, base para o desenvolvimento saudável da criança e da atenção qualificada ao binômio mãe-filho. O cuidado proporciona um ambiente favorável ao processo de trabalho, para que gestores, trabalhadores e usuários possam desenvolvê-lo com comprometimento para atingir a integralidade da atenção em saúde de forma humanizada. Aprendemos que o 'cuidado' é um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo com pessoas em lugares e tempos distintos — estar implicado (AYRES, 2004).

Poder 'contar' com a equipe da EBBS/Fiocruz em nosso processo de formação como consultores, em uma proximidade afetiva, contato próximo, olho no olho, receptiva às fragilidades e potencialidades do consultor, promoveu uma ampla, marcante e profunda transformação. Isso nos deu coragem, ousadia e criatividade para atuar nos territórios em contato com os profissionais da gestão e do cuidado e para levar a estes ambientes essa 'nova forma de fazer', como aprender, como ressignificar o trabalho no cotidiano das práticas, incluindo o prazer nos processos de trabalho e de produção do cuidado (BARROS; BARROS, 2007).

Este prazer, que sempre fica à margem, 'não dito', mas que faz toda a diferença. Prazer que precisamos resgatar no trabalhador

ou gestor para dar sentido ao seu trabalho. Trabalho vivo em ato, produtor de encontros e desencontros. Produzir encontros, ampliar a escuta, transformar as relações, essa foi a tarefa dos CSC no território — transformar e ser também transformado. Essas tecnologias das relações compreendem cerca de 80% da produção do cuidado (MERHY, 1997).

Os frutos desse trabalho

Nos estados e regiões, a função dos CSC não é fazer por, é fazer com, lado a lado — um grande diferencial desse trabalho. Todo processo de construção das ações de saúde da criança ocorreu de forma coletiva e compartilhada nos territórios. Maior destaque deve-se à elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), desenhada nos encontros nacionais de coordenadores de saúde da criança, agregando todos os saberes, opiniões, desejos dos CSC, coordenadores estaduais e municipais, entre outros atores presentes nesses encontros. Momento inédito e histórico de construção coletiva de uma política nacional.

Atuamos, em alguns momentos com participação ativa, na construção dos planos regionais da Rede Cegonha (RC) e na sua implantação em quase 100% das regiões dos estados de atuação dos CSC. Trabalhamos na implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança/Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (IHAC/OMS/Unicef) com a inclusão do Cuidado Amigo da Mulher, Método Canguru, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal, Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), fortalecimento dos Bancos de Leite Humanos, Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Famílias em Situação de Violências, ampliação da Triagem Neonatal, inclusão do Palivizumabe no SUS, entre outras estratégias e demandas que foram surgindo como potências para a atuação dos CSC.

Essa atuação foi integrada em parceria com outros apoiadores do MS, na qual os CSC participaram do processo de habilitação e qualificação dos leitos neonatais, apoiando a inserção de redes, trazendo as ofertas e propostas do MS, apoiando as instituições, com um olhar especial para os gestores e os profissionais de saúde, articulando os serviços, promovendo a conversa entre os atores — tecendo redes —, partindo do pressuposto que o trabalho isolado não dá conta da implementação do cuidado na saúde (FIGUEIREDO, 2009; CECÍLIO, 2001).

Novos e permanentes desafios

Apesar de avanços importantes, algumas dificuldades precisam ser ponderadas, como a intensa rotatividade dos profissionais da Área Técnica de Saúde da Criança, com algumas equipes desfalcadas, e mudanças na gestão municipal e estadual, o que não impediu o desenvolvimento das ações, mas reduziu o ritmo do andamento dos processos para sua plena atividade.

A fragmentação do processo de trabalho nas equipes, tanto na gestão municipal como estadual e federal, compartimentalizadas em 'caixinhas' e setorizadas, ainda constitui um desafio para o trabalho integrado.

Um planejamento pautado em resultados concretos, a partir de um monitoramento de indicadores que avaliem a estrutura, os processos e os resultados, faz-se necessário para o acompanhamento das ações dos CSC no território, bem como para a avaliação da gestão, de forma a dar visibilidade ao trabalho e orientar as tomadas de decisão.

Considerações finais

O empoderamento dos CSC vem sendo

constituído, de forma permanente, ao longo do processo de um novo modo de construção das ações de saúde da criança no território. Mesmo assim, gargalos ainda acontecem nesse caminho. A formação permanente, por meio dos encontros nacionais, com articulação interfederativa, paralelamente aos encontros de formação da EBBS/MS, são instrumentos para o fortalecimento do papel do consultor.

Tendo em vista os grandes desafios propostos no início do trabalho do consultor, além das dificuldades encontradas no seu decorrer, observam-se avanços no processo de trabalho da Área Técnica de Saúde da Criança, tanto municipal quanto estadual.

Para que esse apoio institucional proporcionado pelos CSC possa continuar contribuindo nos processos de mudança na atenção e gestão, é fundamental que se mantenham estratégias exitosas, tais como os encontros presenciais e a distância (por meio da Plataforma UniverSUS), o processo de formação permanente dos consultores, bem como sua inserção no território próxima às coordenações municipal e estadual da saúde da criança, facilitando o processo de integração entre os entes federativos.

Conclusão

Estamos no caminho certo. O consultor mostrou-se como uma aposta que ligou todas as ações de saúde da criança nos territórios e mobilizou trabalhadores e gestores nos espaços de discussão e rodas de conversa para refletirem sobre suas práticas, ressignificando o trabalho e indo ao encontro das necessidades do usuário e da integralidade do cuidado, objetivo maior do trabalho em saúde.

Essa forma de trabalho nos fez crescer como seres humanos. Aprendemos a cuidar sendo cuidados, em um processo de transmutação permanente. Hoje, como CSC, podemos voar e alcançar destinos longínquos, inimagináveis em todos os sentidos das nossas vidas: profissional, pessoal e familiar. O que ganhamos não pode ser dimensionado nem mensurado; nos tornamos seres humanos diferenciados, graças a toda essa iniciativa maravilhosa voltada para um SUS melhor e para um Brasil melhor, com mais saúde.

Agradecimentos

Agradecemos a toda a equipe da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS/IFF/Fiocruz) e da CGSCAM, em especial à nossa tutora da EBBS, Elizabeth Müller, à nossa consultora nacional, Sonia Venâncio, e aos pesquisadores Jorge Zepeda e Bruno Emerich. ■

Referências

ALECRIM, W.; DOBASHI, B. F. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 54-57, 2014.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:* valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 75-84.

BARROS, R. B. *Grupo:* a afirmação de um simulacro. 3 ed. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Method Paideia democratic management at work. *ORG & DEMO*,

Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 225-250.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. *A produção subjetiva do cuidado:* cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde:* um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental:* transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina: URFGS, 2006.

Construção de confiança e reconhecimento no processo de formação ministrado pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis aos consultores estaduais da saúde da criança do Ministério da Saúde

Trust building and recognition in the training process lectured by the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis *to state consultants of child health of the Ministry of Health*

Marisa Schargel Maia[1], Ariane Tiago Bernardo de Matos[2], Helga Muller Mengel[3], Hermila Tavares Vilar Guedes[4], Maria José Guardia Mattar[5], Ricardo César Caraffa[6], Rosimeire da Mota Barros Aires[7], Sebastião Leite Pinto[8]

[1] Psicanalista. Doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *msmaia@centroin.com.br*

[2] Enfermeira. Especialista em saúde pública pela Fundação Educacional de Goiás (FEG) – Goiânia (GO), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no Distrito Federal. *matos.ariane@gmail.com*

[3] Assistente social e sanitarista. Especialista em saúde coletiva pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) – São Cristóvão (SE), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Sergipe. *mengelsales@hotmail.com*

[4] Pediatra. Doutora em medicina e saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

RESUMO Analisamos neste artigo as dimensões éticas e subjetivas da noção de reconhecimento implicadas no processo de formação conferida pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis aos consultores estaduais do Ministério da Saúde. Nosso principal objetivo foi contribuir para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Conclui-se que trabalhar a 'escuta implicada' como habilidade específica, a qual estimula o reconhecimento das potencialidades e das fragilidades próprias e do outro durante o processo de formação, foi um agente facilitador para a construção de redes de confiança, desdobrando-se como importante ferramenta para incentivar o processo cooperativo no campo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Gestão de qualidade total; Saúde global; Confiança; Habilidades sociais.

ABSTRACT *We analyze in this article the ethical and subjective dimensions of the notion of recognition implicated in the training process granted by* Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis *to the state consultants of the Ministry of Health. Our main goal was to contribute to the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care. We conclude that working the 'involved listening' as a specific skill, which stimulates the recognition of one's own potential and weaknesses and of the other during the training process was a facilitator for building trust networks, unfolding as an important tool to encourage the cooperative process at the work field.*

KEYWORDS *Total quality manegement; Global heath; Trust; Social skills.*

Quanta responsabilidade! Há 2 anos atrás em Brasília nos reuníamos para iniciar a tal consultoria. E o que seria isso? Eram perguntas de todos os lados. E todos tentavam entender e as respostas nunca eram satisfatórias. Mas afinal qual é o papel do consultor? Foram três dias muito estressantes. Tive sentimentos os mais diversos: medo, ansiedade, curiosidade. A vontade era de desistir porque ninguém me respondia. Voltei para casa sem saber ao certo o que fazer. Como iria fazer a consultoria? Como iria ser recebida no território? Como diz o ditado 'santo de casa não faz milagre'. Foram muitas as emoções...

Esse foi o relato de uma das consultoras, mas que traduz, em certa medida, a sensação de todos nós que iniciamos nessa jornada como consultor estadual, como consultor nacional, tutor, pesquisador ou técnico da Coordenação-Geral da Saúde da Criança. Cada um trazia um motivo pessoal e profissional para estar ali, mas, juntos, tínhamos como objetivo contribuir para elaboração e execução de uma ousada tarefa: a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). O projeto[1] se constituiu por três eixos:

1) Gestão – consultores estaduais (CE), consultores nacionais (CN), técnicos da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS), coordenação geral da CGSCAM;

2) Formação – consultores para desenvolvimento infantil (também responsável pela tutoria) e coordenação técnica, ambos da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS);

3) Pesquisa – pesquisadores e seu coordenador.

Com esse horizonte, coube à EBBS[2] contribuir e participar da construção de um pacto interfederativo que desse sustentação para a formulação e implantação da PNAISC, assumindo a responsabilidade pelo eixo de formação/capacitação dos 27 consultores estaduais do Ministério que atuariam nos 26 estados e no Distrito Federal.

O objetivo da EBBS era formar gestores/consultores para atuarem como 'braços' do Ministério da Saúde na construção do pacto interfederativo em torno da implementação de práticas de saúde que já apontassem para a construção da PNAISC. No entanto, para além dos conteúdos programáticos necessários ao exercício da função, o desafio enfrentado foi de transmitir um modo de fazer/ser consultor. Afinal, o consultor é um facilitador, um mediador (muitas vezes de conflito) em seu território, um catalizador de discursos e afetos, em que habilidades específicas são necessárias. Desse modo, um deslocamento subjetivo seria fundamental: precisavam desenvolver a arte da escuta e, para isso, necessitavam desenvolver uma sensibilidade empática; aprender a arte do acolhimento, disponibilizando-se a desfazer nós relacionais; também era fundamental que aprendessem a fomentar redes de cooperação, diminuindo os aspectos competitivos das relações institucionais. De acordo com o nosso grupo 2[3],

> *Com o conhecimento e habilidades que adquirimos ao longo do nosso percurso na formação e no exercício da função de consultores no território, potencializamos ainda mais as nossas experiências e amadurecemos nossas relações com os gestores locais. Construímos entre nós um elo de confiança através do testemunho e da troca sobre as fragilidades que enfrentamos nos nossos caminhos. As fragilidades compartilhadas foram material de formação-intervenção nos permitindo modelar nossas práticas de trabalho com mais segurança e embasamento teórico.*

Sabemos que não basta juntar pessoas, mesmo que especializadas e experientes, para que haja o estabelecimento de um grupo de trabalho. É necessário um passo a mais para que se potencialize o trabalho grupal, sobretudo para se construir uma grupalidade

da Criança (PNAISC) no estado da Bahia.
hermila.guedes@gmail.com

[5] Médica pediatra e neonatologista. Especialista em ciências da saúde pelo Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros/ Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/ MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de São Paulo.
mjgmattar@hotmail.com

[6] Pediatra. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Consultor nacional da CGSCAM/ MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
rcaraffa@terra.com.br

[7] Enfermeira. Cursando especialização em enfermagem neonatal e pediátrica no Instituto Tocantinense de Pós-Graduação (Itop) – Palmas (TO), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/ MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Tocantins.
rosaires1@hotmail.com.br

[8] Pediatra. Especialista em pediatria pela Associação de Médicos Brasileira (AMB) – São Paulo (SP), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/ MS e colaboradora do

cooperativa entre os agentes implicados no processo, a partir da qual o grupo pode adquirir a qualidade de dispositivo. Com esse fim, privilegiou-se, no processo de formação, a experimentação nas oficinas de trabalho: os consultores deveriam experimentar em nosso coletivo aquilo que queríamos transmitir. Algo da ordem de um sentido[4] do tornar-se um facilitador de processos grupais precisava ser transmitido, mas sua dimensão mais profunda não se encontrava no campo da significação, mas no âmbito do sensível. Diante dessa perspectiva, nos pusemos a refletir sobre a experiência vivida no processo de formação e destacamos dois aspectos que consideramos fundamentais para a possibilidade de construção da 'função de facilitador' do consultor:

1º. Escuta implicada

Não se trata de qualquer escuta, é preciso qualificá-la: transformar a escuta comum em arte de ouvir, compartilhar e entrar em sintonia com o outro, parceiro da experiência de comunicação. A 'escuta implicada' é um poderoso instrumento para aprofundar o entendimento dos meandros dos processos subjetivos implicados nas ações de gestão. A partir dessa diferença qualitativa, pode-se atuar com os coletivos, buscando formas para lidar e intervir em questões de difícil manejo nos territórios. Ou seja, pode-se criar condições para construir com os grupos e com as equipes ações que visem soluções para as inúmeras dificuldades encontradas. Colocar em prática esse projeto, respeitando o papel e a posição de cada ator, não é simples.

Faz parte do dia a dia dos consultores utilizar a habilidade de comunicação. Por meio da escuta, apreende-se qual a situação em voga, podendo-se dar oportunidade para que os atores da equipe possam colocar seus sentimentos e questões. Compreendemos que o consultor/facilitador, exercitando uma 'escuta implicada', terá a chance de utilizar as habilidades de comunicação não verbal, úteis para estabelecer vínculo positivo com os agentes implicados, favorecendo a compreensão e a construção de uma cartografia do campo em questão. 'Ouvir' com os olhos, com os sentidos, enfim, com a sensibilidade a partir de uma implicação empática é de suma importância porque nos permite lidar com as complexas questões da gestão com maior tato. A partir dessa escuta, pode-se analisar, sintetizar e devolver conteúdos para que as equipes compreendam a realidade local. Sublinha-se, aqui, que durante a comunicação, a escuta é parte do processo de comunicação; quando nos colocamos em uma posição de escuta em que a empatia é nuclear, oferecemos ao outro um acolhimento a partir do qual será possível experimentar 'juntos' angústias e necessidades.

Parece simples, mas desenvolver em si a capacidade de ouvir empaticamente exige um trabalho interno de remanejamento subjetivo, afinal, em nossa cultura, a aprendizagem mais difundida é a limitação da capacidade de empatia. Treina-se a habilidade de anestesia da empatia todos os dias quando, por exemplo, passa-se por crianças necessitadas e drogadas nas ruas e faz-se como se fossem invisíveis. Com certeza, esse é um processo psicológico defensivo que exige um aprofundamento que não cabe neste escrito; no entanto, profissionais de saúde agem da mesma forma em relação a seus pacientes, e nesse contexto, houve um condicionamento específico. Ninguém discordaria da ideia de que médicos e enfermeiros que trabalham em uma emergência precisam diminuir sua capacidade empática para poder exercer seu ofício, de outro modo seria muito difícil lidar com seu semelhante em condições extremas. Esse fato traz um outro elemento para pensarmos: a empatia é um dos mecanismos mais primitivos do humano, favoreceu o florescimento da espécie e é um mecanismo de ponta na relação mãe/pai/bebê, possibilitando o desenvolvimento do bebê, mas também é suprimível e pode ser cortada pela

projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Goiás.
slpinto19@gmail.com

NOTAS EXPLICATIVAS:

[1] O projeto foi financiado pelo Fundo Nacional de Saúde via Convênio com o IFF/Fiocruz.

[2] Em sua concepção, a EBBS se apoia em uma compreensão de saúde ampliada, valorizando as etapas iniciais do desenvolvimento humano como espaço potencial de produção e promoção de saúde. Busca aplicar na práxis de saúde a ideia de que saúde é fruto da integração do ser humano ao ambiente social em que vive, dando ênfase àquele encontrado nos primórdios da vida. Com o objetivo de oferecer uma formação que atenda ao cuidado em saúde, utiliza um método de trabalho construtivista centrado em três eixos fundamentais: cuidado, cartografia e grupalidade.

[3] No processo de trabalho colaborativo os 27 consultores foram divididos em 5 grupos: nosso grupo era formado por consultores dos seguintes estados: Tocantins (Rosimeire), Bahia (Hermila); Goiás (Sebastião); Sergipe (Helga); São Paulo (Maria José) e Distrito Federal (Ariane). Pela tutora Marisa, pelo consultor nacional Ricardo e pelo pesquisador Nestor.

[4] Sublinhamos que a palavra sentido, neste contexto, está vinculada não somente aos mecanismos de significação linguística, mas também a sentidos afetivos provenientes dos afetos vividos no processo de formação.

raiz dependendo do processo coletivo em jogo[5]. Entendemos que nossa cultura comporta uma certa atrofia dos processos empáticos e que a busca por uma escuta empática precisa ser trabalhada e estimulada para que se rompa com a anestesia dessa capacidade.

No caso da formação dos consultores, a 'escuta implicada' centrada na empatia é fundamental, pois auxilia no entendimento das necessidades das equipes e localidades, cada uma comportando sua realidade específica. Como sublinha Franz de Waal (2009), o contágio dos estados de espírito é condição básica para a coordenação e cooperação em atividades coletivas. A 'escuta implicada' favorece a possibilidade de construir um território comum entre as pessoas de um grupo. Quando se entra em 'sintonia afetiva'[6] com o outro, os territórios subjetivos individuais sofrem um rebaixamento, e algo da experimentação comum pode emergir: essa experiência não se encontra nem dentro de mim nem dentro do outro, mas entre mim e o outro, no espaço comum no qual surgirão processos criativos coletivos.

Segundo a fala de um consultor:

> *Escuta é uma característica com a qual sempre as pessoas me identificaram tanto pessoal quando profissionalmente. Escuta qualificada, porém, hoje tenho clareza que nem sempre era o caso. Os encontros presenciais, as oficinas e os textos lidos e estudados permitiram uma qualificação desta escuta. Passei a perceber mais claramente a necessidade de colocar também a escuta como uma etapa do processo de cuidado, de colocá-la como parte da responsabilização que devemos ter e oferecer aos grupos e trabalhos dos quais fazemos parte. Aprendi a escutar o outro e considerar a fala do outro, sendo a minha interpretação apenas parte do que o outro quer dizer. Escuta qualificada pressupõe ainda percepção da escuta do outro no grupo e a decodificação que cada um faz, processo importante para a construção de consensos possíveis.*

A arte da escuta é o instrumento central para o consultor que desempenha a 'função de apoio'. Desde os escritos de Gastão Wagner Campos (2003), sabemos que o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. É, portanto, na articulação entre o cuidado e a gestão — na qual estes domínios se interferem mutuamente — que a função de apoio institucional é ativada: nos espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciam a interação entre sujeitos.

É a parir da 'escuta implicada' que o consultor pode exercer sua função de apoiador: escutar é o primeiro passo, ou antepasso, para se poder manejar situações difíceis em que resistências pessoais e/ou institucionais, relações de poder e afetos tóxicos estejam impedindo ou dificultando a circulação de desejos e saberes, visando, assim, a construção e viabilização de projetos a serem pactuados por atores institucionais e sociais. Essa modalidade de escuta também se faz importante na construção de objetivos comuns, como compromissos e contratos. Somente a partir da escuta singular, na qual buscamos uma cooperação dos implicados, é que podemos ampliar a capacidade institucional nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação, fomentando a ampliação da capacidade crítica dos grupos, o que propicia processos transformadores das práticas de saúde, contribuindo para melhorar a qualidade da atenção no SUS.

O trabalho do consultor guarda semelhanças com a 'função apoio' teorizada por Gastão Wagner Campos (*APUD* CUNHA; DANTAS, 2008), sua ação em campo envolve uma tríplice tarefa — ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das políticas de saúde.

> *Hoje tenho aprendido, principalmente nas oficinas de formação, que para ser uma consultora no território preciso identificar pessoas que*

[5] Como afirma Franz de Waal, "A supressão da empatia tem um lado macabro, como nas histórias dos nazistas que adotavam um comportamento sentimental com seus próprios familiares [...] ao mesmo tempo que possuíam abajures feitos de pele humana e exterminavam multidões de inocentes" (WAAL, 2009, p. 119).

[6] Para um aprofundamento do conceito de 'sintonia afetiva', ver Stern (1992).

estrategicamente também acreditem em mudanças. Essas pessoas me fortalecem, fazem acreditar que sou útil e que temos um objetivo comum, com isso o retorno do trabalho é muito gratificante, pois foi uma construção em parcerias de ideias em consonâncias.

Nesse contexto, percebe-se a importância crucial de aprimorar a capacidade de escuta para poder exercer essa tríplice tarefa. No entanto, lembrando Rubem Alves (2015), escutar não se constitui somente pelo tempo em que você aguarda educadamente para poder falar e dar sua opinião sobre determinado assunto. Aqui, o consultor, ao ocupar a função de escutador, tem a oportunidade de catalisar afetos, transformando-os em potência de ação, desobstruindo caminhos que, por vezes, podem estar impedidos por dificuldades relacionais entre pessoas, departamentos ou instituições.

Portanto, para que mudanças possam ocorrer, são necessários mecanismos de cogestão que impliquem um 'modo de fazer' diferenciado que se coadune com um espírito de cooperação para que gestores e agentes da saúde possam ter um olhar renovado para o próprio trabalho, para suas relações no serviço e para as relações das equipes com os usuários.

Testemunha um consultor:

Talvez o aspecto em que mais evolui tenha sido a participação sem rigidez de conceitos prefixados, comprometido com a escuta e a percepção do momento vivido por cada indivíduo ou instituição participante. Algumas qualidades já faziam parte de minhas atitudes em um grupo, sendo o condutor, ou não, mas, os encontros e as leituras, me permitiram contribuir mais na construção dos consensos e dos encaminhamentos. Como nas situações de escuta, evolui na construção dos consensos possíveis (inclusive dentro de casa!).

Como vimos acima, processos relacionais implicam jogos de poder, competitividade e muitos outros afetos que geram dificuldade de deslocamento subjetivo das equipes e grupos. Em sua função, o consultor, utilizando sua sensibilidade, aceita a real situação, reconhecendo as potencialidades da equipe, oferecendo uma ajuda prática no território: pontua-se informações relevantes para que os atores as utilizem, busca-se soluções para as fragilidades, criando coletivamente caminhos possíveis. Esse processo auxilia a conquista de metas pactuadas.

O processo de formação EBBS contribuiu na elaboração de um 'modo de fazer' que inclui a dimensão afetiva das relações interpessoais. Durante as oficinas de formação, os participantes experimentaram, no âmbito de suas próprias relações, a possibilidade de escutar e ser escutado. Dizer isso parece simples, mas em inúmeras situações de trabalho escutamos sem ouvir, e esse passo rumo a uma escuta, de fato, abre portas a duas dimensões subjetivas sem as quais dificilmente poderíamos sobreviver à aridez dos jogos de poder nos territórios, quais sejam: reconhecimento e confiança.

No processo de formação ganhamos ferramentas que auxiliam na construção de rede de confiança nos territórios e isso fez toda a diferença. Essa possibilidade se deu, entre outras coisas porque, através do processo vivido na formação, aprendemos a nos reconhecer e podermos ter confiança em nós mesmos pelo reconhecimento do outro; isso se desdobrou na possibilidade de reconhecer o território, suas fragilidades e potencialidades e, sobretudo, reconhecer o outro através da escuta.

Chegamos então a outra habilidade que julgamos importante para que o sucesso desse projeto tenha sido possível: a habilidade de reconhecer que abriu a possibilidade de construção de confiança entre os agentes implicados.

2º. Confiança e reconhecimento:

reconhecimento pessoal, reconhecimento do outro, reconhecimento das fragilidades e da potencia grupal no âmbito do trabalho

A possibilidade, a habilidade, ou melhor, a competência para poder confiar no outro, no futuro e no mundo ao redor é construída e se enraíza nos processos primários do desenvolvimento infantil. É a partir da relação de total dependência de seus cuidadores que o bebê, aos poucos e progressivamente, aprende que pode confiar primeiro em seus mais próximos e depois no ambiente ampliado. A provisão ambiental (biopsicossocial) e sua previsibilidade são fundamentais para se construir o território subjetivo da confiança. Em contrapartida, há uma larga escala de psicopatologias que derivam da impossibilidade de confiar, da desconfiança. Sob vários aspectos, a base para a construção da confiança é o reconhecimento, mas um ponto importante da possibilidade de confiar é a previsibilidade. Certamente, o acaso, o imponderável está incluído todo o tempo como um par inseparável da previsibilidade, mas há que se ter uma constância de ritmos e afetos no trato com a criança para que esta possa se organizar internamente, tornando familiar o mundo (FERENCZI, 1992; WINNICOTT, 1999).

Um bom exemplo é o sentimento de fome para um bebê: primeiro ele experimenta um desconforto corporal que precisa ser solucionado, pode chorar para ser acolhido e espera conseguir solucionar sua sensação de desconforto, se tudo ocorrer 'suficientemente bem', o outro o acolherá, o leite chegará, dando-lhe mesmo a sensação de ter 'criado' o leite, o seio ou a mamadeira, essa prontidão ambiental lhe protege do afeto agudo de angústia ou ansiedade, e o bebê pode começar sua marcha no mundo experimentando a espontaneidade de seus movimentos, gestos e afetos. Com a rotina dos cuidados ambientais e seu amadurecimento, a expectativa e a construção de uma certa previsibilidade ambiental o tranquilizará, ajudando-o a se desenvolver e se preparar para a vida. Aos poucos, o bebê, porque já confia, poderá esperar. É o reconhecimento dos pais sobre o quanto pode o bebê em seu momento de vida que determina a qualidade e o jeito da rotina[7] em seus cuidados, conferindo-lhe a previsibilidade necessária para criar o sentimento difuso, aberto e sem predicado de poder confiar.

Winnicott (1988) teoriza amplamente sobre a necessidade da mãe (ou um substituto) se adaptar, inicialmente, de uma forma absoluta às necessidades do bebê (em seus primeiros dias de vida) de modo a não provocar descontinuidades abruptas em sua sensação de bem-estar, pois o bebê está embrionariamente construindo o sentimento de confiança no meio que o circunda: sempre que sentir algum desconforto, alguém virá ao seu encontro. Triste do bebê que não pode contar com essa previsibilidade ambiental. O ambiente dará ao bebê essa provisão que além de física é afetiva, a partir da qual o mundo se apresentará em pequenas doses (WINNICOTT, 1988).

Poder confiar se traduz na alegria de poder compartilhar com outros a experimentação da vida no mundo. Corroborando nosso argumento, Luís Cláudio Figueiredo (2009) diz que a estabilidade do ambiente é fator fundamental para a alocação da possibilidade de confiar, mas vai além, incluindo "a capacidade da mãe estabelecer uma relação harmônica e ritmada com o bebê em que ela pode ser 'inventada' pelo bebê e, ao mesmo tempo, ser ela mesma". (FIGUEIREDO, 2009, P. 84). Os processos de empatia e de sintonias afetivas (WAAL, 2009; STERN, 1992) asseguram o espaço de experimentação existente entre a mãe e seu bebê, inaugurando um campo de experimentação do eu no mundo, do eu com outros para toda a vida. Como veremos adiante, não se trata de um processo que diga respeito e se restrinja ao desenvolvimento infantil, esse campo de experimentação (inaugurado nos primórdios da infância), em que o poder confiar se nutre, existirá entre

[7] É preciso sublinhar que rotina não é sinônimo de cuidados mecânicos: os cuidados com o bebê adquirem um hábito, mas são sempre banhados por afetos e falas que os tornam uma experiência única a cada vez.

o eu e o(s) outro(s) durante toda a vida. É o território intersubjetivo de experimentação e criação por excelência: não está comigo ou com o outro, mas se dá entre nós dois.

Como afirmamos acima, o ponto fundamental para a construção dessa base subjetiva do poder confiar é o reconhecimento: nos cuidados para com a criança, os pais sabem intuitivamente o quanto ela pode. O mecanismo de empatia os auxilia a interpretar as necessidades e desejos de seu bebê. Há uma 'avaliação', mesmo que não consciente, do que uma criança pode suportar em cada estágio de seu desenvolvimento: o tempo que um bebê pode esperar por um alimento é bem diferente do tempo de uma criança de 4 anos. Está em jogo aqui o reconhecimento da experiência existencial vivida pelo outro, com seus ritmos, fragilidades e possibilidades. Há, por parte dos pais, uma 'autorização' (mecanismo não consciente) à criança para que possa viver a experimentação do mundo nos diversos estágios do desenvolvimento infantil.

Sabemos que o bebê deve se adaptar à cultura, mas é preciso proteger seu potencial lúdico, criativo que está florescendo desde o nascimento. Quando o Ministério da Saúde indica livre demanda de aleitamento materno nos primeiros meses de vida é porque se sabe, por meio das pesquisas, o quanto é importante para o recém-nascido, não somente o alimento leite, mas o respeito aos ritmos do recém-chegado que ainda não estão regulados ao ambiente.

Um exemplo oposto, ou seja, de não reconhecimento da experiência singular, e nada mais injusto, é pressionar uma criança que tem uma determinada fragilidade cognitiva a cumprir metas de aprendizagem que estão fora de seu alcance. O acolhimento e o reconhecimento do vivido singular é a chave para a construção de redes afetivas de confiança, em um primeiro momento estamos nos referindo ao ambiente familiar, mas podemos expandir esse raciocínio para todos os campos da experiência humana, incluindo aqui as redes de trabalho.

Inúmeras psicopatologias têm a desconfiança como base, mas precisamos sublinhar que a desconfiança, o não conseguir confiar, tem como origem a vivência, repetidas vezes, da 'desautorização da experiência vivida' (MAIA, 2004). Se sou criança e sou espancada sempre que meu pai chega em casa embriagado, nascerá em mim um sentimento de profunda injustiça que dificilmente será reparado; como fui punido, não por meus erros, mas pelo desvario do mundo adulto que não pôde reconhecer minha infância e protegê-la, minha experiência de tristeza, angústia ou outros afetos, por viver em um ambiente desestabilizado, fica desautorizada porque não conta com o reconhecimento do outro (MAIA, 2004).

Com a repetição da 'experiência de desautorização', já que a resposta do ambiente não faz sintonia com minha experiência, possivelmente restringirei minha espontaneidade vital e serei um adulto desconfiado — sempre à espera de que não seja reconhecido em minhas fragilidades e potencialidades. Sublinhemos que, no que toca à espontaneidade e à criatividade, o espaço de experimentação no mundo das pessoas que se encontraram ou se encontram sob esse registro pode ficar prejudicado. Há maior chance de se colocarem no mundo a partir do sentimento defensivo de desconfiança, e com dificuldade poderão superar a barreira que as separa de seus outros.

Retornando ao desenvolvimento emocional infantil que ocorre em ambientes facilitadores, temos como um dos desdobramentos na vida adulta o leque de possibilidades relacionais, incluindo os recursos que portamos para lidar com as situações de vida, como as geradas no mundo do trabalho, por exemplo.

Conclusão

No processo de formação EBBS, a valorização do território intersubjetivo de

experimentação, intimamente ligado ao princípio de 'ambiente facilitador à vida' (PENELLO, 2013), foi um dispositivo nuclear para favorecer a emergência dos afetos pessoais na construção de afetos interpessoais. A partir desse campo de experimentação entre pessoas, pode-se construir vínculos de confiança, em que os processos de reconhecimento em suas diversas vertentes podem ser vividos por cada um.

> *Acredito na teoria de que a nossa vida é uma colcha de retalhos, onde cada pessoa que faz parte da nossa caminhada é representada por um retalho – colorido ou não, grande ou pequeno, costurado com pontos firmes ou frouxos; feitos de tecido nobre ou ordinário que rasga facilmente... Posso dizer sem medo de errar que a minha colcha ficou muito maior e mais colorida com a costura de retalhos tão especiais!*

Ao fomentar o 'poder confiar' em cada um dos implicados no processo de formação, tivemos como desdobramento uma potencialização das ações do CE em seu território. O incremento de territórios existenciais que envolvem a construção de confiança (em si e no outro) traz como desdobramento a possibilidade de reconhecimento de relações de reciprocidade, facilitando o processo cooperativo no campo de trabalho. Para Franz de Waal, "a construção de laços de confiança derruba a barreira entre os indivíduos, fazendo com que eles acreditem uns nos outros, preparando-os para empreendimentos comuns" (WAAL, 2009, P. 232).

Como afirma um consultor,

> *A partir dessa construção de confiança conseguimos diminuir os nossos enfrentamentos de poder e de vaidade em serviço, fortalecendo, assim, o reconhecimento do papel do consultor no território.*

No que diz respeito ao mundo do trabalho, Christophe Dejours (2005) sublinha que a confiança se fundamenta em competências éticas. Está ligada "a efetividade de uma congruência no tempo, entre uma palavra dada e o comportamento que se segue" (DEJOURS, 2005, P. 53), diz-se do cumprimento de uma 'promessa'.

Na dinâmica do trabalho, diz respeito à equidade dos julgamentos das condutas dos implicados. A promessa diz respeito ao reconhecimento do outro. O reconhecimento deve ser conferido às competências e fragilidades na execução das tarefas e atribuições. Não é o Eu que é alvo do julgamento, mas a tarefa que executa, é somente em um segundo momento que o eu absorve a conquista do âmbito do fazer para sua realização como pessoa, subjetivando-se continuamente.

O julgamento, a avaliação, a crítica e o diálogo em equipe podem ter a função, no registro da subjetividade, de reconhecimento pelo outro. O reconhecimento funciona, assim, como uma retribuição, uma restituição moral-simbólica, uma retribuição justa pela contribuição nas redes de trabalho. Um agradecimento àquele que empenhou sua inteligência, afetividade e criatividade nas tarefas realizadas. Só onde há uma rede de confiança a partir de uma ética que implique reconhecimento é possível cooperar, minimizando a tensão, sempre presente entre individualismo e cooperação.

> *A confiança que foi em mim depositada foi e é a razão para eu permanecer. Não importa até onde vamos, ter participado valeu a pena. Hoje o Estado reconhece a importância de nossa contribuição. Os laços se estreitaram MS e SES e considero que a Saúde da Criança cresceu muito com nosso apoio 'um braço da CGSCAM/MS no território'. Eles não querem que isso termine.*

Assim, com Dejour (2005), entendemos que

> trabalhar, pois, não é somente executar atos técnicos, é também fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis à psicodinâmica do reconhecimento,

> que, é o caráter necessário em vista da mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência. (DEJOUR, 2005, P. 58).

Nessa medida, o reconhecimento adquire funções múltiplas, é o resultado de seu esforço, mas também é o princípio através do qual podemos estabelecer metas possíveis, reconhecendo os limites e possibilidades daqueles implicados nas dinâmicas de trabalho. Esse processo não é secundário, é central para promover um estado de espírito cooperativo nas equipes de trabalho. O incremento de territórios existenciais que envolvem a construção de confiança (em si e no outro) também traz como desdobramento a possibilidade de reconhecimento de relações de reciprocidade, facilitando a experimentação da alegria e da vitalidade no cotidiano do trabalho cooperativo. Afirma Christhophe Dejour (2000),

> Do reconhecimento depende na verdade o sentido do sofrimento. Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angustias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. (DEJOUR, 2000, P. 34).

Entendemos que a experimentação, durante o processo de formação, trouxe a possibilidade de estabelecer relações de confiança entre os pares, propiciando diversos territórios subjetivos de reconhecimento: reconhecimento do outro com suas qualidades, fragilidades e defeitos; reconhecimento de si através do olhar do outro. Reconhecimento de si por meio da reflexão crítica sobre si próprio. Julgamos que essa experiência associada à aquisição de outras habilidades, como, por exemplo, o refinamento da escuta, a valorização da dimensão afetiva das redes de trabalho, favoreceu o incremento de capacidades individuais que puderam ser atuadas no cotidiano do trabalho de campo nos territórios.

> *Quando o consultor estabelece confiança e interação com o grupo, estes passam a compreender melhor seus objetivos e juntos buscam alcançá-los de forma compartilhada. As competências individuais e complementares dos membros possibilitam alcançar resultados e perseguir objetivos coletivos, através do suporte EBBS, colaboração e comunicação aberta e clara entre seus membros. Trabalhar bem juntos, dar apoio uns aos outros, se identificar com o grupo, querer que o grupo vença e tenha sucesso, é muito mais do que um estado ou comportamento de cooperação uns com outros é um estado de colaboração, de investimento de todos num esforço grupal, visando o ideal comum.*

Especialmente, fortaleceu o pacto interfederativo na perspectiva da formulação e do movimento de implantação de uma política pública que tem a atenção integral à saúde da criança e seu desenvolvimento pleno, como objetivo principal e como orientador da produção de cidadania e desenvolvimento sustentável da sociedade brasileira.

"Por último: nós consultores descobrimos que somente se consegue apoiar quando nos autorizamos a sermos apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar". ■

Referências

ALVES, R. *Escutatória*. Disponível em: <http://rubemalves.locaweb.com.br/hall/wwpct3/newfiles/escutatoria.php>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CAMPOS, G. W. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a

cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de Atenção Básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 35-60.

DEJOUR, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 2000.

_____. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 2005.

FERENCZI, S. *Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. Confiança: a experiência de confiar na clínica e na cultura. In: _____. *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta, 2009. p. 26-46.

MAIA, M. S. *Extremos da alma:* dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Garamond. 2004.

PENELLO, L. 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, L.; LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueiras, 2013.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WAAL, F. *A era da empatia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

WINNICOTT, D. A construção da confiança. In: _____. *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 35-43

_____. O desenvolvimento emocional primitiva. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 269-287.

Desafios que vêm do Norte: descobrindo e criando espaços como consultor da saúde da criança

Challenges from the North: discovering and creating spaces as a child health consultant

Luciana Bettini Pitombo[1], Zeni Carvalho Lamy[2], Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho[3], Ana Lúcia Nunes[4], Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves[5]

[1] Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *lupitombo@yahoo.com.br*

[2] Médica. Doutora em saúde da criança e da mulher pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora nacional da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *zenilamy@gmail.com*

[3] Médico. Mestre em DST pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultor estadual da CGSCAM/MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Roraima. *vilhenabr@gmail.com*

[4] Assistente Social. Especialista em violência doméstica contra criança e adolescente pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Especialista em gestão em saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e

RESUMO Este artigo é um relato de experiência sobre o trabalho dos Consultores Estaduais da saúde da criança do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS), mais especificamente do Grupo 5 do qual faziam parte os estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Maranhão. Estes estados que são integrantes da Amazônia Legal garantem a esse grupo algumas especificidades peculiares às regiões Norte e Nordeste (aqui representada pelo Maranhão), trazendo desafios próprios daquela região e retratando a dimensão continental de nosso País. Iremos, em um primeiro momento, discorrer sobre alguns aspectos do trabalho do consultor e, em seguida, abordaremos um evento realizado no qual, a partir de uma oficina proposta, pode-se delinear algumas especificidades regionais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Política de saúde; Capacitação.

ABSTRACT *This article is an experience report on the work of State Consultants of child health of the Ministry of Health (CGSCAM/MS), more specifically of Group 5, which included the states of Amapá, Pará, Amazonas, Roraima, and Maranhão. Those states, which are members of the Amazônia Legal, provide to the group some peculiar specificities to the North and Northeast (represented here by Maranhão), bringing challenges that are proper to that region and portraying the continental dimension of our country. We will, at first, discuss some aspects of the consultant's work and then discuss an event held in which, from a proposed workshop, it was possible to outline some regional specificities.*

KEYWORDS *Child health; Health policy; Training.*

Introdução

O conhecimento [...] exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção.

(FREIRE, P.)

No ano de 2011, a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) iniciou um projeto para a construção e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) inexistente até então em nosso País. Muitas ações voltadas para a saúde da criança eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, mas aconteciam de forma compartimentalizada sem que houvesse uma articulação entre elas.

Foi nesse contexto que a CGSCAM/MS articulou, em parceria com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis/ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (EBBS/ IFF/Fiocruz), o I Encontro de Coordenadores Estaduais e Municipais (de Capitais) de Saúde da Criança. A proposta desse encontro foi promover a troca de experiência entre os diferentes estados brasileiros e aproximar os entes federal, estadual e municipal, possibilitando o conhecimento, por parte da CGSCAM, das principais dificuldades e desafios enfrentados.

Essa experiência despertou a necessidade de uma maior aproximação que levou à identificação, em cada estado, de um profissional com experiência de trabalho na área materno-infantil. Foram contratados 27 consultores para aturem nos 26 estados e no Distrito Federal apoiando e articulando as ações em torno da saúde da criança no Brasil representando a CGSCAM.

No intuito de organizar o processo de trabalho, esses Consultores Estaduais (CE) foram divididos em cinco grupos de estados, e foram definidos três eixos de monitoramento do trabalho: gestão, formação e avaliação. Dessa forma, cada grupo contava com um consultor nacional, um técnico da CGSCAM (no eixo da gestão), um tutor da EBBS (no eixo da formação) e um membro do grupo da pesquisa avaliativa que foi desenvolvida ao longo de todo o processo. Esses quatro profissionais realizaram suas atividades, cada um, com ênfase em um determinado aspecto — gestão, formação ou avaliação — mantendo uma comunicação contínua, garantindo cooperação mútua na condução das atividades.

Neste escrito, iremos abordar reflexões relacionadas ao trabalho dos CE do Grupo 5 do qual faziam parte os estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Maranhão. Estes estados que fazem parte da Amazônia Legal garantem a esse grupo algumas especificidades peculiares às regiões Norte e Nordeste (aqui representada pelo Maranhão), trazendo desafios próprios daquela região e retratando a dimensão continental de nosso País. As grandes distâncias, as dificuldades de acesso, de deslocamento, de recursos humanos para a composição das equipes, a presença de terras indígenas e de áreas de preservação ambiental, as populações indígenas, ribeirinhas e quilombolas são algumas das características e desafios existentes. Pensar em política pública voltada para a saúde da criança, nesse contexto, força todos os envolvidos a um contato com as intensidades locais.

Entender essas especificidades não é fácil nem mesmo dentro de cada território. Indígenas de diferentes etnias, ribeirinhos, migrantes de diferentes regiões do Brasil, populações de fronteira (encontradas em quatro estados desse Grupo) e população urbana dividem, se não o mesmo espaço, os mesmos serviços de saúde. O trabalho dos consultores, entre outras tarefas, envolvia trazer à luz essas questões e estimular a oferta de uma atenção singular capaz de reconhecer essas diferenças.

Com o desenrolar do trabalho, diferentes temáticas foram surgindo e ganhando corpo

Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Maranhão.
alu_nunes@hotmail.com

[5] Médica. Mestre em ensino em ciências da saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/ MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Amapá.
maribelsmith@uol.com.br

e vivacidade, tanto pelo fato de que os consultores moravam nos territórios (um dos critérios de seleção), quanto pela orientação no sentido de realizarem uma cartografia dos territórios garantindo a inclusão das vicissitudes e potencialidades locais. Para Merhy (2014, P. 61),

> o trabalho vivo comporta diferentes lógicas e a criatividade permanente do trabalhador em ação pode ser explorada para inventar novos processos de trabalho, e mesmo, para abri-lo em outras direções não pensadas.

Iremos, em um primeiro momento, discorrer sobre alguns aspectos do trabalho do consultor e, em seguida, abordaremos um evento realizado no qual, a partir de uma oficina proposta, pode-se delinear algumas especificidades regionais.

Adquirindo habilidades: o processo de formação

Procurando ir além do relato dos fatos, buscou-se refletir sobre as dificuldades e facilidades encontradas nos caminhos do trabalho do consultor de saúde da criança nos estados brasileiros. Nesta reflexão, utilizou-se depoimentos dos consultores do Grupo 5 sobre a experiência vivida, sendo importante ressaltar que esse convite à reflexão e à apropriação das experiências foi incentivado durante todo o período, estando atrelado ao processo de formação e acompanhamento oferecido.

O relato abaixo descreve o início do processo:

> *O primeiro passo foi a busca de parceiros no território, tarefa não muito fácil. Entramos no território, algumas vezes como estrangeiros, e mesmo quando já fazíamos parte dele, havia um estranhamento e até certo incômodo deste novo papel. Papel que não existia e lugar que precisava ser construído. Mas fomos ganhando espaço e, assim, constituindo-nos.*

É interessante o reconhecimento do incômodo do novo papel e da necessidade de construção e constituição de um lugar a partir do qual o trabalho poderia ser desenvolvido. As questões levantadas no depoimento abaixo apontam para a delicadeza e complexidade do início desse trabalho e, ao mesmo tempo, demonstram que o suporte oferecido pelo eixo da formação abriu possibilidades de enfrentamento.

> *E como conseguir realizar essa caminhada? Como fazer essas interações? O que fazer para ser visto como parceiro? Quando entrar e quando sair de cena? Não há uma única resposta para estas questões, mas, certamente, o apoio e a formação que acompanhou todo o processo de trabalho foram decisivos para o amadurecimento necessário e para a incorporação do papel de consultor/apoiador.*

Podemos interpretar que foi esse amadurecimento que possibilitou que o trabalho dos consultores fosse sendo, gradativamente, aceito nos territórios. Os depoimentos abaixo demonstram esse processo:

> *A observação desconfiada do início foi sendo modificada aos poucos, fomos sendo observados, reconhecidos, necessários, importantes. No entanto, não foi e não é um processo de trabalho linear e sem crises. Os conflitos, inerentes aos humanos surgiam e precisavam ser negociados a cada instante. Apoiar, muitas vezes, significava enfrentar situações, propor mudanças. Significava aproximar pessoas, articular conversas, alinhavar pontos desgastados.*

> *A aceitação, às vezes vinha do fato de já trabalharmos no território com questões ligadas à saúde da criança (violência contra a criança, desnutrição, população indígena) tendo conhecimento e reconhecimento nos locais de atuação. Motivados pelo desafio de refletir sobre o nosso espaço no território, vieram as primeiras lembranças, como um filme. Para começar a trabalhar como consultor a primeira questão foi compreender o*

que é ser um consultor e como o trabalho poderia ser desenvolvido.

O processo de formação e de construção do trabalho dos consultores de saúde da criança nos territórios foi pensada tendo como norte três grandes eixos estruturantes: cartografia, grupalidade e cuidado[1].

Além desses grandes temas, foram trabalhados ao longo dos encontros presenciais de formação outros também pertinentes ao trabalho, sempre com ênfase na utilização de metodologias que privilegiassem tecnologias relacionais; a cooperação, empatia e simpatia; a capacidade de escutar e acolher o outro em sua diferença e singularidade e o desenvolvimento de habilidades para o manejo de situações difíceis. A perspectiva da dimensão criativa do trabalho individual e coletivo sempre esteve presente, e procurou-se proporcionar momentos experienciais/vivenciais que produzissem transformações subjetivas concretas na forma como os CE conduziam o trabalho nos territórios. Ou seja, houve uma ênfase constante na constituição de um verdadeiro 'laboratório de práticas'.

A aprendizagem significativa em torno do trabalho cartográfico proporcionou a aquisição de habilidades a partir da atuação no território, entendendo que:

> Cartografar não significa ir ao campo em busca de algo previamente sabido. É bem mais do que isso. Trata-se de 'examinar' o campo por outra perspectiva, sendo fundamental que o 'olhar' seja o de alguém que garimpa aquilo que o território apresenta como potencial de crescimento, mas que, por algum motivo não realiza. É no (re)conhecimento deste território – isto é, conhecer novamente – que é possível (re)inventá-lo. (PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014, P. 113)

Esta é a principal riqueza do processo: conhecer e inventar possíveis caminhos a partir do diálogo constante estabelecido nos territórios. Territórios vivos, compostos por pessoas, afetos, lugares e sentidos atrelados a um determinado momento histórico. Assim, foi possível reforçar a constituição e manutenção de fóruns e espaços coletivos — como os Fóruns Perinatais —; representar outros apoiadores nos momentos em que não se encontravam no território; auxiliar na criação da referência de pontos da assistência; contribuir na elaboração de eventos, cursos e simpósios; auxiliar os atores locais na identificação de metas e no seu monitoramento; e até mesmo apaziguar ânimos e aproximar parceiros tão distintos quanto indígenas, ribeirinho, quilombolas, presidiários, adolescentes, entre outros, trazendo todos para as rodas de conversa sobre saúde da criança com gestores e profissionais de saúde.

Com relação ao desenvolvimento da grupalidade, no decorrer do processo foi ficando claro que não era suficiente ter pessoas reunidas para que houvesse uma experiência de trabalho em grupo e que o tema grupalidade não é algo que possa ser ensinado por meio de uma exposição de conteúdos mais tradicional. Era necessário passar pela experiência. Nesse sentido, as atividades grupais desenvolvidas ao longo do processo de formação foram marcadas pelo reconhecimento e acolhimento do fluxo afetivo inerente aos encontros. O reconhecimento dos pares e a confiança gerada foram a tônica, proporcionando um plano de inclusão das singularidades presentes e circulantes.

Além disso, a compreensão do grupo como um dispositivo[2], que tem a potência de fazer funcionar engrenagens que muitas vezes não são previamente identificadas, explicitou as diversas possibilidades para sua utilização. A construção desse espaço entre os consultores, primeiro nos pequenos grupos e depois ampliando para a inclusão de todos eles, foi algo que se deu gradativamente a partir das atividades realizadas no processo de formação, nos encontros presenciais e a distância por uma plataforma utilizada para interação e formação e, também, pela utilização de aplicativos, como o *WhatsApp*.

[1] Não é objetivo do presente artigo a abordagem mais detalhada de cada um deles, mas sim sua utilização para a reflexão proposta. A respeito da metodologia de formação EBBS, conferir Pitombo, Maia e Rosario (2014).

[2] Cf. Barros (1994, 1997).

Esse aprendizado contínuo e vivencial forneceu a cada um dos participantes, subsídios para o trabalho nos diferentes espaços coletivos, caracterizando um 'modo de fazer' pautado pela ênfase na dimensão do sensível, mesmo diante de aspectos técnicos ligados às tecnologias duras. Foi ficando claro para todos a importância de manter uma atenção para as sutilezas dos encontros. A aquisição desse tipo de percepção só pode se dar em ato e implicou, na maioria das vezes, em mudanças pessoais. Houve uma percepção por parte dos CE de uma transformação gradativa e crescente tanto como profissionais quanto como pessoa.

O desafio da inclusão da dimensão sensível e afetiva, no âmbito da gestão, foi um dos aspectos abordados pela formação oferecida, e é muito importante acompanharmos os efeitos positivos dessa aposta. A esse, respeito uma consultora comentou:

> *Após quase dois anos, nos sentimos competentes para desenvolver o trabalho com a tranquilidade necessária para o manejo das mais diversas situações relacionais e grupais. Conseguimos pouco a pouco aprender a pensar no contexto que pode estar envolvido em determinados comportamentos e que não nos cabe julgar e sim tentar entender e procurar soluções para as diversas dificuldades. Aprendemos a conciliar, apaziguar e harmonizar, mesmo quando outros atores não percebiam. Aprendemos também a atuar como facilitadores de alguns processos desencadeados, compreendendo que o bem maior é a criança respeitada e incluída em todas as suas dimensões e necessidades.*

A diversidade de intervenções na área da criança também se constitui como uma riqueza, possibilitando transitar em muitos contextos de todas as redes de atenção e em muitas outras áreas de políticas públicas, como assistência social, direitos humanos e educação. Foram constantes os desafios: trabalhar a cartografia nesses espaços, inserir, influir e emergir em outros territórios que não o da saúde, envolver trabalhadores e gestores, entre outros.

Nesse cenário, a construção da PNAISC foi algo que motivou a todos. Juntamente ao trabalho desenvolvido pelos consultores nos estados e capitais, houve um processo intersetorial, em torno da construção da política, que se desenrolou durante os Encontros Nacionais de Coordenadores de Saúde da Criança de Estados e Capitais[3]. A PNAISC tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança, respeitando a integralidade e universalidade da atenção a ela, incluindo a participação nesse processo da iniciativa privada, da sociedade civil e da família, visando contribuir para a garantia dos direitos humanos e da qualidade de vida e para o exercício da cidadania[4].

A PNAISC reúne um conjunto de ações programáticas e estratégicas para o desenvolvimento da criança organizada em eixos estratégicos com os seguintes focos: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção integral à criança com agravos prevalentes e doenças crônicas; atenção integral a crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências; prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção a crianças com deficiência ou em situação de vulnerabilidade; e vigilância e prevenção do óbito materno, fetal e infantil.

As discussões desenvolvidas em torno da construção da PNAISC foram indutoras de ações dos consultores nos estados. Procurou-se incluir nas políticas públicas dos territórios a atenção integral à saúde da criança, sabendo-se que, como dizem Pinheiro, Barros e Mattos (2010, P. 38), "é em meio à realização das atividades nos serviços de saúde que as políticas públicas se constituem como tal".

Esse fato exigiu um processo de desenho e redesenho das cartografias e dos arranjos voltados para a atenção à criança nos territórios,

[3] No período de 3 anos ocorreram 13 Encontros de Coordenadores de Saúde da Criança de Estados e Capitais, organizados e promovidos pela CGSCAM/MS em parceria com a EBBS/IFF/Fiocruz. As deliberações eram tomadas de forma conjunta, envolvendo todos os atores no encaminhamento das propostas, entre elas, e a mais importante, a construção da PNAISC até então inexistente em nosso País.

[4] A Portaria GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a PNAISC no âmbito do SUS. Cf. Brasil, 2015.

em estreita conexão com as redes de atenção e com as orientações da CGSCAM/MS.

A respeito dos constantes 'desenhos e redesenhos' dos territórios, um consultor comenta:

> *Ao voltarmos no tempo, percebemos que toda a experiência vivida, só foi tão profunda porque aconteceu a partir do 'aprender fazendo'. E isto foi facilitado por um começar já atuando no processo (pela cartografia), entendendo que 'não saber muito por onde começar e de que forma começar' se constituía como um método de trabalho que possibilitou uma abertura criativa.*

Estando nos territórios cientes da abertura para o novo, proporcionado pela utilização constante da cartografia, os CE descobriram e criaram espaços para o desenvolvimento do trabalho. Aprenderam a cobrar resultados, manejar conflitos — que muitas vezes provocaram e levaram à necessidade de mudanças no caminho — e a lidar com a eterna disputa de espaço e poder.

> *Sem desejarmos, nós mesmos, nem o espaço, nem o poder; querendo somente a construção. E faz parte desta construção sabermos a hora de dar um passo atrás, devido ao acirramento ou impossibilidade de diálogo com gestores municipal ou estadual, e até com os próprios apoios do Ministério da Saúde.*

Neste cenário, as cores e aromas vindos do Norte se intensificaram e emergiram na forma de realidades e desafios compartilhados, ao longo de todo o processo da consultoria, com todos os participantes, vindos de todos os estados do País. No próximo item, iremos abordar essa temática a partir do relato de uma atividade desenvolvida em um evento no Pará.

Desafios que vêm do Norte...

Uma experiência interessante de cartografia e reconhecimento dos desafios da região Norte se desenrolou no I Encontro Paraense de Saúde da Criança e Aleitamento Materno na cidade de Belém do Pará (PA)[5], ocorrido no período de 17 a 19 de dezembro de 2012. Nessa oportunidade, a CGSCAM/MS, em parceria com a EBBS/IFF/Fiocruz, realizou uma oficina com os coordenadores de saúde da criança de estados e capitais presentes, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), técnicos da CGSCAM/MS e CE da saúde da criança em torno da discussão de casos clínicos institucionais de difícil manejo[6] relacionados à saúde da criança. Foram duas tardes de trabalho, em que o mesmo grupo se reuniu para refletir sobre a saúde da criança na região Norte. Em cada uma das tardes, um caso clinico-institucional foi apresentado por um consultor da saúde da criança. Um deles, em particular, trouxe com sensibilidade uma situação relacionada à saúde da criança indígena, uma das realidades das crianças brasileiras, que expressam as especificidades dessa região do País e os desafios encontrados no trabalho quando os saberes leigo e profissional precisam encontrar suas interfaces.

Para Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014), é necessário compreender que o leigo e seu agir apresentam-se como contraponto ao saber hegemônico do profissional, mas não no sentido de oposição ou negação, e sim como contraste. Contraste este potencialmente revelador do funcionamento da máquina da saúde. E é com esse contraste que muitas vezes os profissionais não conseguem lidar, como veremos no caso abaixo descrito[7]:

> Às vezes quando estou na unidade semi-intensiva com algum Yanomami fico imaginando que mundo é este, em que vivemos, aos olhos deles. Lembrem que muitos vivem em um mundo onde não há veículos, os sons são os da floresta e dos cânticos nos dias de festa e a luz se acaba ao mesmo tempo que o dia. As crianças são seres livres. Quando pequenos permanecem em tipóias, trançadas de lã ou feitas de entrecasca de árvore, sempre grudadas a seus pais (parêntese:

[5] Este encontro reuniu "profissionais das gestões Municipais, Estaduais e Nacional; profissionais da Assistência à Saúde; da Assistência Social, Educação, Sociedade Civil, Comunidade Acadêmica e Científica locais, regional, nacional e internacional para avaliar, discutir e propor ações e estratégias para a melhoria da qualidade da assistência, redução dos riscos e agravos à saúde e da mortalidade da criança da Região Norte do Brasil, mais especificamente a Criança Paraense. Entendendo as suas peculiaridades socioculturais, econômicas, geográficas e étnicas" (CARTA DE BELÉM, 2012).

[6] A condução do trabalho em torno da discussão dos casos clínicosinstitucionais foi baseada na metodologia Balint-Paidéia. Esta abordagem utiliza a discussão de casos de forma estratégica, tanto para disparar como para incluir reflexões sobre aspectos gerenciais e subjetivos inerentes ao campo da saúde. A este respeito, conferir Cunha e Dantas (2008).

[7] Este texto e outros relatos sobre a vida dos povos indígenas na região amazônica podem ser encontrados no *blog* (IMPRESSÕES AMAZÔNICAS, 2015).

nunca vi um Kaiapó homem carregando seu filho em uma tipóia, mas já vi os Yanomami várias vezes com esta atitude). Na medida que crescem ganham o espaço ao seu redor: as pernas das mães, a maloca, a aldeia e a mata, conquistando a liberdade.

Eis que um curumim fica doente. Chama-se o pajé para fazer 'xapori' e soprar a doença da criança. Ele canta, sopra e enfumaça. A equipe de saúde inicia o uso de antibióticos, questiona certas práticas, que, em alguns casos, podem até agravar a doença, e se o caso complica o resgate é acionado. Chega o avião ou helicóptero e a criança e sua família voam para Boa Vista. Pai e irmãos ficam na Casa do Índio. A criança é levada direto para um hospital. Nosso pronto socorro – como todo PS – é sempre cheio. Gente falando, criança chorando, barulho, luzes que nunca se apagam. Cores, formas, ruídos, cheiros. Tudo é novo para estas mães que ganharam uma roupa que tape suas vergonhas e que andam descalças e com um seio esquecido para fora da blusa após o seu filho dormir cansado. Entram na sala do médico. Já conhecem este procedimento, mas o diálogo é impossível ou mínimo, mesmo com a ajuda de tradutores que pouco falam do português alienígena neste país indígena. Nem sempre os profissionais dão a atenção devida, e pela gravidade com que chegam, logo se constata 'índio sempre é trabalho', não pelo sentido preconceituoso, mas pelo fato de que tem menor resistência a infecções respiratórias.

Logo vem a internação: criança deitada na cama, furada, com o precioso sangue indo parar em tubos. A cama em uma enfermaria, onde todos olham tentando entender as diferenças, por vezes difíceis de aceitar. Os olhos são curiosos dos dois lados. Mas o que eu escrevi? Criança na cama... curumim não dorme em cama e o sono não vem sem a curva da rede que imita a curvatura do dorso da mãe. A solução é simples: a mãe, pequenina, deita na cama junto com o pequeno e passa horas espremendo os seios flácidos dos muitos filhos, na boca que não consegue nem fazer esforço para sugar. Mas a criança continua cansada, e é enviada a outra enfermaria, agora semi-intensiva. Retiram-se os amuletos. Fios no peito, monitores apitando incessantemente, tubos e até um capacete de oxigênio no rosto. Inaceitável! Ansiosa a mãe tira fios e capacete. Vê o filho ficar roxo e sem ar o que a leva à resignação de quem entende que a entrega é a única solução para a preservação da cria. Não é fácil quando a criança chora e ela pouco mais pode fazer do que sacudi-lo à maneira Yanomami, esfregando a mão no peito ou na cabeça da criança e gritando 'shhhh, shhhh, shhhhh'.

Às vezes o trabalho é difícil para a equipe, como quando uma criança de pouco mais de dez anos, mãe, não de uma boneca, mas de um bebê de verdade, em dois dias, por três vezes arrancou o cateter de uma veia profunda, colocado por um cirurgião chamado especialmente para este fim e que na terceira vez previu o trágico destino da criança vítima de uma desidratação sem fim. Aos poucos, com o amor das mães, a dedicação da equipe e as bênçãos de algum Makunaima Yanomami os pequenos se recuperam. Mais ativas, puxam os cabelos das mães que trocam as lágrimas por um sorriso de orelha a orelha, encantador como ver a vida brotando aos poucos. Melhores, as crianças são transferidas para a 'enfermaria indígena', onde os pais já podem acompanhar as mães em grandes redes e junto a parentes com quem podem conversar mais à vontade enquanto seus filhos se recuperam. Logo escuto: 'Casai, casai'. As mães pedem para ir para a Casa do Índio, onde segue seu tratamento e onde a cantoria se repete, mas mudando o tom, pois o pedido agora é para voltarem para as aldeias, onde, ao redor da fogueira poderão contar deste estranho mundo dos napopo (não índios). (IMPRESSÕES AMAZÔNICAS, 2015).

Esse relato demonstra o tamanho dos

desafios encontrados no território e traz questões importantes para o debate: como receber os diferentes? Nossos espaços estão preparados para seu acolhimento? Respeitamos suas crenças? Sua cosmovisão? Como incluir e sensibilizar os diversos atores (da assistência à gestão) em temáticas como essa?

Após a apresentação do caso, a palavra circulou por todos os presentes abordando tanto os desafios quanto as contribuições oriundas das vivências de cada um. Na abordagem metodológica proposta, espera-se que haja a inclusão dos afetos e dos aspectos gerenciais surgidos, e nesse caso específico, após as duas tardes de trabalho da oficina (no segundo dia houve a apresentação de um outro caso), as discussões do grupo foram consolidadas em um documento encaminhado para a organização geral do evento. Nesse documento, procurou-se apontar as dificuldades levantadas e algumas propostas para possíveis articulações na região Norte do País, auxiliando na construção da Carta de Belém[8].

Dificuldades

• Dificuldade de interlocução entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai);

• Dificuldade de fixação dos profissionais de saúde, principalmente no interior do Estado;

• Dificuldades em torno das relações entre as diversas culturas e suas diferenças;

• Preocupação com o aleitamento materno e com a alimentação complementar saudável na população indígena em função do acesso crescente à alimentação industrializada e à sociedade de consumo;

• Persistência de elevados índices de exploração sexual, gravidez precoce (adolescentes e jovens) e violência contra a criança e o adolescente;

• Preocupação com o uso de álcool e drogas na população indígena;

• Falta de saneamento básico e de água potável nas áreas indígenas;

• Não acompanhamento da saúde indígena pelos sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde;

• Óbitos nas populações indígenas por desnutrição e diarreia;

• Falta de continuidade da atenção à saúde nas aldeias devido à falta de recursos humanos e por questões em torno do processo de trabalho;

• Problemas com o registro civil da criança indígena (muitas têm um nome no registro e outro que é utilizado na aldeia);

• Grande quantidade de crianças indígenas no município de Paragominas com sífilis congênita;

• Violência sexual nas regiões que beiram os rios, nas casas e nos barcos;

• Implantar e fortalecer os comitês regionais de combate ao escalpelamento;

• Necessidade de conversa entre os estados que fazem fronteira entre si e entre outros países em relação ao atendimento de saúde.

Propostas que podem ser utilizadas para as articulações do Norte

• Mobilização da Sesai, com outras áreas do MS. Ponto fundamental para o início de qualquer trabalho, uma vez que os piores indicadores passam pela saúde indígena;

• Mobilização para que a Rede de Urgência e Emergência (RUE) atinja áreas remotas de fato, em conjunto com o exército. Salas de estabilização onde há pelotões de fronteiras com médico militar e onde há elevada mortalidade, inclusive em transporte, a exemplo do estado de Roraima, podendo servir de modelo para outras regiões dos estados do Norte;

• Combate à violência contra crianças e adolescentes (exploração infantil e abusos diversos, emocional e físico) por meio da mobilização das diversas entidades governamentais e não governamentais. Problema social que, embora mostre tendência a melhorar com maior acesso à educação, saúde

[8] O conteúdo produzido subsidiou a construção da Carta de Belém, documento construído coletivamente com a participação de todas as entidades e pessoas presentes no evento e encaminhada para o governo do estado do Pará e da capital.

e boas condições de moradia e alimentação, deve ser assumido como um problema de fato e mobilizar os gestores de saúde;

• Combate efetivo à desnutrição infantil e necessidade de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan Web). Criar material de orientação alimentar com a linguagem das diversas etnias. O Norte segue com os piores indicadores nacionais, e este assunto deve ser encarado como prioridade para os gestores. O resgate de práticas alimentares saudáveis e merenda escolar regionalizada são alguns pontos a serem trabalhados. O incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada devem estar sempre na pauta;

• A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) deve ser uma prioridade para a região Norte, com aumento dos esforços para sua penetração no interior, para todos os trabalhadores de saúde;

• Capacitação de parteiras tradicionais proporcionando sua integração aos serviços de saúde. Tradução do 'Livro das parteiras' para a linguagem das diversas etnias. Deve ser estimulado como uma característica regional e de grande importância. As parteiras devem ser qualificadas sem serem desprezados seus saberes tradicionais. Em paralelo a isso, deve acontecer melhora nas coberturas e adesão ao pré-natal;

• Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) diferenciado – O Samu deve compreender as características regionais, com destaque para locais de difícil acesso. Assim, é fundamental que sejam disponibilizadas ambulanchas e o aeromédico onde se fizer necessário. Para facilitar o acesso, devem ser estabelecidos pontos de aproximação entre as ambulâncias do Samu e os transportes locais, como acontece em área indígena com mapeamento das rotas de encontro. Exemplo: a ambulância muitas vezes não consegue chegar em determinada aldeia, mas chega em uma aldeia mais central. Uma vez acionado o resgate, dentro de critérios de regulação, a aldeia central pode ser o ponto de encontro, fazendo com que o paciente chegue mais rapidamente até o serviço de saúde. Transporte adequado e qualificação das equipes de transporte para crianças e gestantes de risco;

• Expansão do teste do pezinho que ainda não é uma realidade em muitos municípios do interior. Políticas de interiorização do teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho devem ser realizadas. Além do diagnostico, garantir o acompanhamento dos casos positivos nos serviços;

• Fornecimento regular de medicações fundamentais. Uma das queixas mais comuns dos municípios e comunidades mais isoladas é a falta de medicações fundamentais para diabetes, hipertensão, distúrbios neurológicos, asma e antibióticos. O MS deve acompanhar de forma mais efetiva a distribuição desses medicamentos;

• Implantação e ampliação de serviços de telemedicina nas regionais dos estados;

• Incluir no SisPreNatal as gestantes indígenas atendidas nos serviços de saúde e por parteiras tradicionais;

• Propor a construção de um evento na região Norte para a discussão da questão do combate à exploração infantil e à violência contra crianças e adolescentes com participação da sociedade civil organizada e dos diversos setores envolvidos na temática a nível nacional e internacional;

• Criar salas de parto culturalmente adequadas às diversas etnias;

• Preocupação com a formação de recursos humanos adequados aos desafios encontrados nos territórios com ênfase no aspecto do cuidado com o cuidador;

• Entendendo que as questões da saúde são extremamente complexas, propomos uma maior integração das diversas áreas da gestão, nos diversos níveis da federação;

• Pensar estratégias específicas para diminuição dos altos índices de mortalidade infantil nas regiões indígenas. Exemplo: entre os Yanomami temos 310 crianças até 1 ano

mortas entre mil nascidos vivos;

• Importância da mobilização social e incentivo ao protagonismo nos diversos níveis de gestão;

• Ampliar e divulgar ações de acolhimento aos casos de violência contra a criança e o adolescente, como a experiência do Propaz Integrado e Projeto Crescer desenvolvidos no Pará.

Esta síntese não pretendeu dar conta da grandiosidade das questões e problemas, mas nos mostra o cenário com o qual o consultor da saúde da criança teve que se haver. Parece claro que a maior parte dessas questões e problemas não são pensados durante a formação profissional, mesmo daqueles que se graduam no Norte do País e que necessariamente irão lidar com essas situações. Descobrir tal realidade foi um desafio que cada consultor de saúde da criança teve que enfrentar.

A construção do espaço ideal para a ação, para o diálogo e para a promoção de encontros de parceiros que por vezes se encontram próximos territorialmente, mas distantes em ações e em pensamentos, foi uma tarefa fundamental do consultor de saúde da criança. Somente com a avaliação e reavaliação do caminho seguido, com correções de rotas e criação de novas possibilidades, é que seguimos na construção da garantia da saúde de cada criança, de cada brasileirinha e brasileirinho saudável. ■

Referências

BARROS, R. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. *Saúde e Loucura 4:* Grupos e Coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 145-154.

_____. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. *Saúde e Loucura 6:* Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 183-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37.

CARTA DE BELÉM. Belém do Pará, 2012. (mimeo).

IMPRESSÕES AMAZÔNICAS. *Impressões amazônicas 44*. Disponível em: <https://impressoesamazonicas.wordpress.com/impressoes-integrais/impresses-amaznicas-44/>. Acesso em: 10 set. 2015.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (Org.). *Os mapas do cuidado:* o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: Grupos Balint Paideia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de Atenção Básica:* saúde ampliada e compartilhada. São Paulo, Hucitec, 2008, p. 34.

MERHY, E. *Saúde:* a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:* valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010.

PITOMBO, L. B.; MAIA, M. S.; ROSARIO, S. E. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): formando e transformando no campo da saúde pública. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 109-116, 2014. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-vi/pesquisas/pesquisa-1.pdf>. Acesso em: 8 set. 2015.

Construção da grupalidade como fator de crescimento e qualificação de consultores da saúde da criança

Groupality construction as a growth and qualification factor for child health consultants

Hermila Tavares Vilar Guedes[1], Ariane Tiago Bernardo de Matos[2], Helga Muller Mengel[3], Maria José Guardia Mattar[4], Rosimeire da Mota Barros Aires[5], Sebastião Leite Pinto[6], Ricardo César Caraffa[7], Luciana Bettini Pitombo[8], Marisa Schargel Maia[9]

[1] Médica pediatra. Doutora em medicina e saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado da Bahia. *hguedes@uneb.br*

[2] Enfermeira. Especialista em saúde pública pela Fundação Educacional de Goiás (FEG) – Goiânia (GO), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no Distrito Federal. *matos.ariane@gmail.com*

[3] Assistente social. Especialista em saúde coletiva pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) – São Cristóvão (SE), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Sergipe. *mengelsales@hotmail.com*

[4] Médica pediatra e neonatologista. Especialista em ciências da saúde pelo Hospital Maternidade Leonor Mendesde Barros/Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma

RESUMO O presente artigo surgiu da ideia de compilar observações acerca da experiência vivenciada por seis profissionais de saúde durante o seu processo de qualificação para atuar como consultor/apoiador da saúde da criança nos estados. Tal experiência foi conduzida por um consultor nacional e por uma tutora com experiência em formação de profissionais de saúde. O ponto forte percebido a partir das falas dos membros do grupo foi a aquisição de habilidades de comunicação e gerenciamento de grupos, a partir da autoconfiança adquirida por meio da problematização das experiências de cada um, levadas a discussões no grupo.

PALAVRAS-CHAVE Consultores; Capacitação profissional; Profissionais da saúde; Saúde pública.

ABSTRACT *This article began with the idea of compiling observations about the experience lived by six health professionals during their qualification process to act as a consultant/supporter of child health in Brazilian states. Such experiment was conducted by a national consultant and a tutor with experience in training health professionals. The strong point noticed from the speeches of the group members was the acquisition of communication and group management skills, that emerged from the self-confidence gained by the problematization of each one´s experiences, brought into discussion in the group.*

KEYWORDS *Consultants; Professional training; Health personnel; Public health.*

Introdução

A interação à distância tem contribuído significativamente nos processos de formação de profissionais de saúde; notadamente no que se refere à qualificação para atuações em atividades específicas. Assim, buscamos, no presente texto, apresentar a percepção de um grupo de consultores em saúde da criança acerca de seu processo de formação.

É consenso no grupo que tal processo, com momentos presenciais e virtuais, por meio de plataforma na internet, promoveu a atuação cada vez mais qualificada de cada um em seu território. Também é senso comum a percepção de que esse avanço ocorreu paralelamente à conquista da grupalidade, que foi sendo construída e consolidada à medida que a comunicação dentro do grupo e no coletivo dos consultores foi se tornando mais fluida. As ricas trocas de experiências, demonstrações de apoio e cumplicidade fortaleceram não apenas as capacidades de cada um, mas, principalmente, contribuíram para desenvolver habilidades de comunicação e gestão de conflitos, especialmente úteis ao papel do consultor. Dessa forma, o papel formador exercido pelo grupo foi sendo percebido e consolidado.

A formação dos consultores estaduais para a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) foi coordenada pelos profissionais que compõem a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). A experiência de formação, também nova para os tutores da EBBS, foi focada em três eixos de trabalho: a Cartografia, a Grupalidade e o Cuidado; e desenvolveu-se através de tutoria em oficinas presenciais e em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

A tarefa proposta à EBBS era conduzir a formação dos consultores dos 26 estados e do Distrito Federal para, em seus territórios, trabalharem como interlocutores da CGSCAM/MS com gestores locais e profissionais dos serviços de saúde, a fim de facilitar o trânsito de informações e a implantação de programas, estratégias e ações. Essa estratégia é essencial para a efetivação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança (PNAISC), construída coletivamente na atual gestão da CGSCAM/MS e que representa uma conquista de todos os que atuam em prol da saúde e do desenvolvimento saudável das crianças em nosso país. Os 27 consultores foram divididos em 5 grupos de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento da formação e das atividades nos territórios. Diversos textos foram apresentados como referência, além da utilização das experiências dos participantes em seus territórios.

A utilização de abordagens e técnicas grupais durante o processo de formação

O trabalho com grupos, entendido aqui como um dispositivo (BARROS, 1994, 1997), foi uma das tônicas de todo o processo tanto nos momentos presencias quanto no trabalho realizado pela plataforma. Tomar o grupo como um dispositivo implica um avanço com relação às concepções mais tradicionais de grupo, que o apresenta como um somatório de indivíduos ou como uma unidade em si. Sua principal característica é seu caráter ativo, acionador de potencialidades e composto por um emaranhado de linhas, não mais conectado a unidades e totalidades, cabendo se instalar sobre as linhas que o compõem e o atravessam seguindo suas múltiplas direções. Muitas vezes, ao acompanhar essas linhas, a partir dos relatos e comentários que povoavam os encontros, situações eram iluminadas, principalmente as de difícil manejo, apontando para soluções possíveis a parir da troca de experiências dos participantes. O grupo como dispositivo é disparador de intensidades, porque estamos atentos àquilo que de sensível se apresenta, processos que nos afetam, experiências que produzem 'grupalidade'. Além disso, a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de São Paulo.
mjgmattar@hotmail.com

5 Enfermeira. Especializanda em enfermagem neonatal e pediátrica pelo Instituto Tocantinense de Pós-Graduação (Itop) – Palmas (TO), Brasil. Consultora estadual da CGSCAM/MS e colaboradora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado do Tocantins.
rosaires1@hotmail.com.br

6 Médico. Especialista em pediatria pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil e especialista em medicina preventiva e social pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás – Goiânia (GO), Brasil. Consultor estadual da CGSCAM/MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Goiás.
slpinto19@gmail.com

7 Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Consultor nacional da CGSCAM/MS e colaborador do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
rcaraffa@terra.com.br

8 Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento

experiência da grupalidade deve ser entendida como um processo que vai se constituindo gradativamente, a partir do seu exercício.

Durante os encontros presenciais, havia uma preocupação em intercalar os momentos dos pequenos grupos com os trabalhos na grande roda, com a participação de todos. O trabalho nos pequenos grupos se desenvolveu no sentido da construção de um espaço de acolhimento, 'intimidade', gerador de confiança e apoio mútuo; no qual caibam as dúvidas, o mal-estar, em que as diferenças podiam aparecer favorecendo o trabalho. No início, a grande roda se caracterizava por momentos mais formais de transmissão de conhecimento, igualmente importantes para a formação dos consultores. Com o decorrer do trabalho, e com o desenvolvimento de atividades nas quais os consultores eram misturados compondo novas configurações grupais, começamos a perceber a diferença da qualidade relacional também no grupo maior, que congrega todos os subgrupos. A utilização da metodologia dos Grupos Balint Paidéia em uma das oficinas possibilitou a experiência da potência do trabalho coletivo em torno da discussão de um caso clínico institucional. Esse método possibilita a produção de narrativas que se tornam proveitosas para todos e possibilita o exercício da escuta e da grupalidade solidária (NOGUEIRA; PITOMBO; ROSARIO, 2010). Essa metodologia foi apresentada em uma das oficinas presenciais e utilizada para a discussão de dois casos escolhidos previamente.

Nessa oportunidade, percebemos que a atividade produziu ambientes propensos à diluição dos limites rígidos das especialidades, não se tratando de grupos terapêuticos, mas com efeitos terapêuticos; pois, afinal, é afirmada a importância da validação e o reconhecimento da dimensão subjetiva da experiência em todos os momentos do processo. Pudemos observar, corroborando Cunha e Dantas (2008, p. 25), que

> o grupo Balint-Paidéia possibilita um espaço mais protegido, menos pressionado pelas urgências do cotidiano e onde é possível colocar em análise as ações e os afetos envolvidos na prática dos profissionais.

A premissa de Balint não depende apenas da oferta de conhecimentos técnicos que pudessem ser adquiridos em cursos ou por meio de protocolos (saber cognitivo), mas também da capacidade pessoal de lidar com afetos e conflitos, inclusive inconscientes (CUNHA; DANTAS, 2011).

Tendo iniciado em 2012, até o final de 2013 o grupo já estava consolidado, apesar de mudanças em sua composição. Tais modificações não implicaram em quebra do direcionamento, já que os novos consultores foram rapidamente engajados nas atividades e no afeto dos demais. A partir de novembro de 2013, as trocas de experiências foram fortalecidas por meio do grupo no *WhatsApp*; já que, por intermédio dessa ferramenta de comunicação, as conversas ocorrem de forma pontual e rápida, estabelecendo uma vinculação mais próxima e cotidiana.

Neste artigo, realizamos uma análise da experiência de participação de um dos cinco grupos de formação de consultores/apoiadores, a partir das impressões de cada um deles, durante o processo de formação à finalização deste. Buscamos verificar quais as expectativas que os participantes do grupo apresentavam ao início do processo e analisar se, ao final do processo, foram atingidas; identificar possíveis facilidades e dificuldades sentidas pelo grupo; apontar potencialidades e fragilidades observadas, identificando os sucessos e insucessos conseguidos no território. Além disso, identificamos as características apontadas como importantes para o crescimento pessoal, incorporadas ou evidenciadas a partir da experiência de formação em grupo, para a atividade de consultoria/apoio.

Metodologia

Foram objetos de análise, para a elaboração

infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *lupitombo@yahoo.com.br*

9 Psicanalista. Doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil, formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). *msmaia@centroin.com.br*

do presente texto, as falas individuais dos participantes de um dos grupos de consultores, coletadas por meio dos relatórios dos encontros presenciais, além das falas no AVA e no *WhatsApp*. Este artigo aborda, principalmente, o eixo de construção da grupalidade como ferramenta para o desenvolvimento das competências necessárias ao consultor.

Além de descrever e apresentar uma análise do processo de formação por intermédio dos relatos individuais, por vezes são citadas falas editadas dos consultores, já que, desse modo, permite-se ao leitor apreciar e concluir, também, por meio do mesmo processo. Afinal, concordamos todos com a sábia frase: *"a colcha de retalhos forma um desenho e um todo muito maior do que a soma dos retalhos"*, trazida por nossa tutora, de arquivos maternos de sua infância.

Considerando os objetivos, foram então identificados aspectos norteadores (*quadro 1*) que guiaram a construção de uma conclusão, a partir dos relatos individuais, configurando, dessa forma, uma construção coletiva do relato final, discutida e aprovada pelo grupo.

Quadro 1. Aspectos norteadores para elaboração do texto

Expectativas e seu alcance ao final do processo
Facilidades e dificuldades sentidas pelo grupo
Potencialidades e fragilidades observadas no território
Sucessos e insucessos no território: - Concretizados - Em andamento
Características importantes para o crescimento pessoal, cuja aquisição/realce ocorreu a partir da experiência de formação para a consultoria

Do início do processo formativo

A inserção das pessoas no papel de consultor ocorreu por meio de seleção feita pelos técnicos do MS, a partir da identificação de candidatos sugeridos pelas coordenações de saúde da criança dos estados e capitais. Uma vez selecionados, ocorreu um encontro inicial, em Brasília, onde houve a apresentação formal das equipes envolvidas e do projeto de formação de consultores. A fala a seguir resume os relatos de todos, quanto àquele momento inicial:

> *Com relação às minhas expectativas com a função, confesso que não sabia bem o que iria fazer. Sabia apenas que era para área da criança e para apoiar o estado. Não me sentia nem um pouco preparada para tamanho desafio. Mas topei e fui... No primeiro curso, quanto mais explicavam mais eu ficava confusa. E eram tantas as atribuições que tive a impressão que não daria conta. Pensei em desistir; mas aceitei o desafio e resolvi ver até onde poderia contribuir.*

Foram constituídos cinco grupos de estados, sob a coordenação de um consultor nacional e uma tutora da EBBS. A regionalização não se fez presente em nosso grupo, já que uniu Sergipe, Bahia, Goiás, Distrito Federal, Tocantins e São Paulo; mas acreditamos que essa diversidade tem sido um ponto importante de agregação de conhecimento. As diferenças são enormes em alguns aspectos, mas são mínimas em outros; e essa percepção nos leva a pensar, discutir, concluir... ou não, acerca de processos, atitudes e necessidades.

A formação do grupo 2 me deixou meio confusa e cheguei a questionar porque fazer parte desse e não de outro. Mas não durou muito. Hoje nosso grupo se completa e não ficamos mais sem nos falar nem que seja pelo WhatsApp. Trocamos experiências e nos apoiamos. Criamos um vínculo tão forte que vou levar por toda a minha vida.

Tudo era muito novo. Para aqueles profissionais de saúde com um tempo maior de experiência, tudo parecia ainda mais surpreendente... Finalmente, surgia a possibilidade de que os territórios fossem ouvidos e integrassem a elaboração de um plano ampliado de saúde integral para as crianças, incluindo ações interministeriais, juntando a saúde com o social e a educação. Estávamos representando nossos estados, participando de um marco histórico: a construção coletiva de uma política de Estado que precisava e precisa ser conhecida e vivenciada por todos os brasileiros: a Política Nacional Integrada de Saúde da Criança.

O papel do consultor

Para exercer bem seu papel, o consultor precisa conhecer seu território de ação. Assim, o eixo da cartografia foi inserido no programa de formação. Entretanto essa cartografia também tem uma definição ampliada — não se trata de conhecer geograficamente o campo de ação — que seria impossível, em um espaço limitado de tempo, já que nosso país é continental, e cada estado é composto por dezenas a centenas de municípios. A cartografia em saúde encerra uma forma de conhecimento de espaços, condições de assistência e de ação que dependem não somente de aspectos estanques, de aspectos quantitativos, de gráficos ou elementos disponíveis em relatórios oficiais (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Para conhecer bem o território de ação, cabe ao consultor apurar o seu olhar, a sua escuta, a sua compreensão e a sua capacidade de interagir para que possa perceber indicadores evidentes e ocultos; entraves diversos e possibilidades de intervenção que venham a facilitar o movimento em prol da qualificação das ações da CGSCAM/MS, visando a que essa ação possa ser efetiva em cada espaço.

A escuta neste processo é fundamental. Trata-se de uma escuta qualificada: a arte de ouvir e entender o processo; de sugerir como lidar e intervir nas questões difíceis do território, de construir as ações com o grupo, para chegar às soluções, respeitando o papel e a posição de cada ator.

A experiência cotidiana trouxe maturidade à percepção do papel do consultor, como pode ser percebido no relato a seguir:

Faz parte do trabalho dos consultores utilizar habilidades de comunicação. Através da escuta se conhece a situação atual, que vai além do que é informado oficialmente. A escuta dá oportunidade para que os atores da equipe exponham seus sentimentos e o consultor/apoiador pode utilizar-se de conhecimentos sobre comunicação não verbal, para perceber o contexto em questão. Por vezes, é interessante devolver questionamentos, para que a equipe possa refletir mais acerca da realidade local; buscar apreciação positiva das falas, para assegurar ao grupo que suas considerações foram acolhidas e compreendidas. A comunicação integra o conjunto de habilidades de apoio; e é uma ferramenta impactante no enfrentamento de realidades adversas. É papel do consultor conhecer situações, elogiar as potencialidades da equipe e oferecer ajuda prática no território, pontuando informações e orientações relevantes, no intuito de amenizar as fragilidades e buscar a conquista das metas dos serviços.

A conclusão acerca da importância do trabalho em grupo é consequente à percepção do valor do trabalho grupal na formação:

O trabalho em grupo, com grupos e através dos grupos é característica do trabalho do consultor/apoiador. Muitas vezes, esse trabalho coletivo é um aspecto facilitador; contudo, pode ser,

também um aspecto dificultador da ação, a depender da qualidade da interlocução. A inserção do consultor no território se faz a partir de sua inserção em grupos existentes e/ou fomentando organização e formação de novos, grupos. Por si só, essa inserção já constitui um desafio. Afinal, ao mesmo tempo em que passa a ser um membro daquele grupo, para onde leva a sua colaboração individual, suas vivências, seus afetos, por outro lado, em todos os momentos não deixamos de cobrar de nós próprios (ou de sermos cobrados por) um papel diferenciado, enquanto consultor/apoiador, que traz a responsabilidade de intermediar e viabilizar muitas demandas do grupo.

As dificuldades e os conflitos específicos do trabalho em grupo são, então, apontadas:

[...] como se colocar como consultor/apoiador, ao mesmo tempo em que está participando da construção do processo de apoio, em situação não muito diferente dos demais membros dos grupos? O fato de estar inserido profissional ou pessoalmente no território é, por si só, um aspecto facilitador do trabalho? Ser oriundo do território e/ou do serviço apoiado, certamente aumenta a responsabilidade e a implicação; mas, paralelamente, dificulta a neutralidade e a imparcialidade?

A construção da grupalidade

Como já referido, fomos, continuamente, percebendo a importância do grupo no desenvolvimento e na potencialização das capacidades de cada um. A interação tornava mais sólida a incorporação de habilidades e competências.

Com o conhecimento que adquirimos ao longo do nosso percurso formativo de consultores e apoiadores no território, potencializamos o aprendizado com as nossas experiências e amadurecemos as nossas relações com os gestores locais. Construímos um elo de confiança a partir das fragilidades que enfrentamos em nossos caminhos. Tais fragilidades contribuíram para modelar as nossas práticas de trabalho, agregando segurança e embasamento teórico.

Nas falas a seguir, percebemos claramente a potência que o método formativo que a EBBS vem executando com os grupos confere a esse trabalho.

[...] para nós consultores da criança, muitas das vezes, sozinhos nos territórios de cada um, essa movimentação com trocas de afetos foi e está sendo condição necessária para resistirmos com confiança, nos espaços de disputas (que nos parecem) tão naturais, quando pensamos na política e nas relações nela implicadas.

Conduzir processos que viabilizam ambientes facilitadores enobrece a alma; apesar das tensões e conflitos que permeiam os espaços de disputa ali estabelecidos, sendo possível perceber que os afetos se revelam.

Quando o consultor estabelece confiança e interação com os membros do grupo, estes passam a compreender melhor seus objetivos e, juntos, buscam alcançá-los de forma compartilhada. As competências individuais e complementares dos membros possibilitam alcançar resultados e perseguir objetivos coletivos.

O mais interessante nisso tudo é a cumplicidade que construímos ao longo desses dois anos. Indivíduos que surgiram dos mais diversos lugares com suas vivências. E a interação disso tudo foi se dando como se fôssemos peças de quebra-cabeça, que se encaixam e se completam perfeitamente. Nunca imaginei que pudesse agregar tantos valores e com tamanha intensidade numa vivência de grupo. Podemos dizer que vivenciamos de fato o construtivismo.

"É fato que um grupo é formado por indivíduos; em nosso caso, o indivíduo é formado pelo grupo".

Poder perceber a multiplicidade e a complexidade inerente ao encontro grupal, pelo acesso ao plano dos afetos, foi algo valorizado como um diferencial no processo de formação. Além disso, enquanto membro de muitos grupos, é preciso reconhecer e valorizar a própria individualidade e poder se acolher a cada momento. Cada indivíduo tem o seu espaço e suas características, de modo que a pluralidade pode ser uma potência grupal. Acerca desse aspecto, Barros (1994, p. 146) diz:

> *O grupo não tem relação com a vida privada dos indivíduos que se reúnem em determinado espaço, por um certo tempo, para cumprir certos objetivos. Ele é (ou pode ser) um dispositivo quando trata de intensificar em cada fala, som, gesto, o que tais componentes acionam das instituições (sociais/históricas) e de como nelas constroem novas redes singulares de diferenciação [...].*

Foi também importante perceber a diferença entre o nosso grupo de consultores e os grupos dos quais passamos a fazer parte, em nossos territórios, por conta da atuação como consultores da saúde da criança. Apesar de aprendizes em ambos, no primeiro, somos inseridos com objetivo prioritário de nos prepararmos para a atuação; já nos demais, precisamos demonstrar habilidades que a inserção no primeiro nos confere. Obviamente, como dito anteriormente, todas as inserções trazem crescimento e, quando expostos ao grupo, se tornam situações problematizadas para induzir discussão acerca de atitudes e agregação de competências.

Sobre o 'empoderamento'

O grupo de consultores se constitui em um apoio permanente, utilizado sempre que necessário, de modo geral e em situações específicas de cada membro. Essa afirmação tanto é apropriada para o grupo menor, constituído pelos seis estados, quanto para o grupo ampliado, no qual os laços de afeto e cooperação também foram se solidificando, de modo a integrar todos em uma enorme corrente verde-amarela. No âmbito mais restrito, onde circulam situações particulares dos territórios, em que muitas vezes a confidencialidade é necessária e ética, o apoio individual do consultor nacional e/ou da tutora da EBBS se faz disponível e presente por meio do dispositivo Pé do Ouvido, parte do AVA.

> *No território foram muitas as emoções. As piores foram as primeiras. Muitas rejeições. E foi preciso explicar muitas vezes sobre o papel de consultor. Tantas redes para apoiar, portas fechadas, mas, devagar, fui encontrando atalhos e a vontade de fazer foi aumentando. Muitas portas se abriram e sempre que precisava, tinha o 'pé de ouvido' e, atrás dele o consultor nacional e a tutora EBBS, sempre dispostos a nos apoiar. Na verdade, o 'pé de ouvido' na plataforma foi minha primeira paixão.*

A construção contínua desse novo ator — o consultor/apoiador — impulsionador de novas práticas, tem se apresentado como um fator de fortalecimento do trabalho no território; tanto para o MS, o estado e o município, quanto para os serviços e profissionais apoiados que, em meio a tantas desconstruções, vão percebendo um novo modo de fazer e de qualificar seu trabalho.

Lidar com dificuldades foi um aprendizado valioso durante a formação.

> *Todos nós vivenciamos, em nossos territórios, diversos situações de pressão, que nos fizeram crescer e, hoje, podemos dizer que amaduremos todos juntos a partir dessas situações; e somos seres diferentes.*

> *A autoconfiança adquirida tem sido importante para conseguirmos diminuir os nossos enfrentamentos de poder e de vaidade. Em contrapartida, fortalecemos o reconhecimento do nosso papel de consultor e apoiador no território.*

Há, em inúmeras falas, o reconhecimento ao modo cuidadoso, primoroso, com que a EBBS tem conduzido o processo de formação de consultores. Por vezes, tem sido abordada a diferença do modo de atuar dos demais apoiadores do MS que, embora qualificados, não dispõem dos dispositivos formadores e, podemos dizer 'cuidadores' dos quais nós, consultores da CGSCAM/MS, dispomos.

O apoio da EBBS a nós, consultores, foi fundamental nesse processo todo. Esse modelo de construção da grupalidade trouxe segurança emocional, confiança e crescimento tanto profissional como pessoal.

Conclusão

A análise das contribuições revela a articulação construída ao longo de discursos, práticas e posições diversas, permeadas por demonstrações de afeto interpessoal e comprometimento com a causa — objeto do trabalho. No decorrer do período de formação, é claramente perceptível o crescimento da autoconfiança e da competência de membros do grupo, mostrando que o processo de formação resultou em mudança e transformação positivas — seja na função de cada um no território e no espaço ampliado, seja enquanto pessoas.

Não importa até onde vamos; ter participado já valeu a pena. Hoje o Estado reconhece a importância de nossa contribuição. Os laços se estreitaram entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde; e considero que a saúde da criança cresceu muito com nosso apoio, já que somos 'um braço da CGSCAM/MS no território'.

Finalizamos nosso artigo com a fala de um dos consultores, que significa a percepção do sentido da formação em grupo; permitindo que as tarefas individuais sejam encharcadas de um pensamento positivo e de apoio, essencial à esperança de que todo esforço coletivo nos levará, se não ao alcance, ao menos à caminhada contínua, na direção da plenitude da saúde da criança brasileira.

Trabalhar bem, juntos, dar apoio uns aos outros, identificar-se com o grupo, querer que o grupo vença e tenha sucesso, é muito mais do que um comportamento de cooperação – passa a ser um estado de colaboração, de investimento de todos, em um esforço grupal para alcançar o objetivo maior: a melhor assistência em prol da saúde integral da criança. ■

Referências

BARROS, R. D. B. *Grupo e produção*. In: LANCETTI, A. (Org.). Grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. (Saúde e loucura, 4).

_____. *Subjetividade*. In: LANCETTI, A. (Org.). Grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1997. (Saúde e loucura, 6).

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Grupos Balint Paideia – Ferramenta para o apoio gerencial e contribuição para a clínica ampliada. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. p. 143-161. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, 2).

_____. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica:* saúde ampliada e compartilhada. 2008. p. 35-60.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, n. 15, v. 38, p. 663-675, 2011.

NOGUEIRA, J. G.; PITOMBO, L. B.; ROSARIO, S. E. Transformações afetivas em um grupo de profissionais de cuidados paliativos. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis:* compartilhando desafios na atenção à saúde. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA. 2010.

Encantos da Roda

Charms of the Circle

Fátima Cardoso Cruz Scarcelli[1]

Olhando o céu para além do infinito
Com os olhos de alma prescrutar
quando num lampejo de memória
na 'Formação EBBS' comecei a pensar.

Lembrando o girar das Rodas
como um pião num gracioso rodopiar
recordando momentos alegres
das rodas e cirandas na infância a brincar.

E se fez presente o encanto das Rodas
que na linha do tempo passei a lembrar
começando quando ainda criança
nas Cirandas, no passa anel sempre a cantar.

No momento é a 'Formação EBBS'
que impulsiona muitas Rodas a circular
girando na troca de conhecimentos e experiências
para novos saberes incorporar.

E sempre nos movimentos das Rodas
Vemos a grupalidade se efetivar
fortalecendo mobilizações e coletivos
num fluxo dinâmico de afetar.

E rodando a Roda e na Roda rodando
os grupos primam por compartilhar
uma explosão de inquietações e afetos
quanta potencialidade a aflorar.

Na Roda da Atenção a Criança
toda subjetividade vai para ar
numa construção interfederativa da PNAISC
como Dr. Paulo costuma falar

Na expressão dos muitos Brasis

[1] Assistente Social. Especialista em administração hospitalar pela Faculdade São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. Consultora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no estado de Mato Grosso do Sul.
faticy@gmail.com

cultura, etnias e regionalismo a respeitar
são tão intensos os movimentos dessa Roda
como poderíamos deixar de nós encantar?

No 'Ser' Consultor da Criança
que a 'Formação' faz desabrochar.
Gratidão pela oportunidade ímpar
assim o grupo costuma se expressar.
Quão fortalecidos e enriquecidos saem
a cada impulso da Roda a rodar.

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa
Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão de texto e tradução
Normalization, proofreading and translation

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)
Frederico Azevedo (normalização)
Lucas Rocha (normalização)
Luiza Nunes (normalização)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão
Printing

Imos Gráfica e Editora

Tiragem
Number of Copies

5.000 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel Offset LD 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²
Core in Offset LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1989) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

n. 54; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

IFF
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA