

## ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA\*

*Semiramis Melani Melo Rocha\*\*  
Regina Aparecida Garcia de Lima\*\*\*  
Carmen Gracinda Silvan Scochi\*\*\**

**Resumo:** Neste artigo, as autoras discutem o significado que vem sendo atribuído ao termo assistência integral a saúde da criança e do adolescente, apontando suas várias interpretações em busca de superar a fragmentação da assistência. Inicialmente, apresentam as articulações entre o movimento de proteção à criança e a sociedade em geral, em seguida, as diretrizes políticas da assistência à criança e ao adolescente no Brasil contemporâneo. Na segunda parte, discutem as estratégias da enfermagem para apreender a criança em seus aspectos biológicos, em sua subjetividade e em sua dimensão social. Concluem que as necessidades atuais de assistência à criança hospitalizada convergem para: - a apreensão da criança em seus aspectos orgânicos e em sua subjetividade;- o envolvimento dos pais e da família no processo de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêutica, e de reabilitação; - organização do trabalho em equipes multidisciplinares e multiprofissionais; - compreensão das instituições de saúde como espaços de produção de serviços onde se estabelecem relações sociais complexas. Portanto, a assistência integral não pode ser tomada de uma forma idealizada, no plano teórico, como uma mistura de referenciais teóricos que vão desde a ecologia até biologia molecular. Ela implica em um árduo trabalho de construção concreta e cotidiana de interação, com determinação política de implementar mudanças.

**Palavras-chave:**saúde integral; criança; adolescente; assistência

---

\* Este trabalho é parte do projeto integrado "A enfermagem profissional e a assistência integral à criança e ao adolescente", financiado pela FAPESP e CNPq.

\*\* Professora Titular junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

\*\*\* Professoras Doutoradas junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

## INTRODUÇÃO

Assistência integral à saúde da criança e do adolescente tem sido o termo mais citado na literatura sobre saúde da criança e do adolescente, principalmente em enfermagem, entretanto, não é um conceito de consenso. Nas reformulações das diretrizes políticas do sistema de saúde na década dos oitenta, significava uma integração entre os serviços de atenção primária, porta de entrada do sistema e os de maior complexidade, ambulatorios de referência e hospitais, sem quebra de seqüência do atendimento. Na literatura de enfermagem e nas ações básicas para o adolescente (OMS, 1990) significa ora o indivíduo visto como uma integração bio-psíquico e social, entendendo-se o social de uma maneira ampla e abrangente, incluindo o meio ambiente, ora uma humanização da assistência, ambos apresentados de uma forma teórica e abstrata, sem muitos elementos para sua operacionalização. Como integração bio-psico-social objetiva-se apreender a subjetividade da criança e suas relações com a mãe, família e comunidade. A humanização é mais utilizada no atendimento hospitalar com o objetivo de diminuir o tempo de internação, reduzir as taxas de infecção hospitalar e o número de reinternações, transmitir conhecimentos às mães durante o tempo de permanência hospitalar. Pretende-se também, preservar a indissolubilidade do vínculo mãe e filho, reduzir o custo da internação, aumentar o calor afetivo e a colaboração com os funcionários, criando-se um vínculo entre as mães, o hospital e a comunidade.

Como decorrência dessa visão de integralidade, a equipe multiprofissional passa a ser apontada como uma organização do processo de trabalho necessária, pela impossibilidade do domínio, por um único profissional, da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis para dar conta de todas as dimensões envolvidas. Na Saúde Pública, a política de extensão de cuidado à saúde de populações pobres, urbanas e rurais, resultou num processo de ambulatorização de serviços de saúde, surgindo daí a necessidade de introduzir um conjunto diversificado de ações para as quais se faz necessário um elenco de agentes, de qualificação bastante variável, voltados para a intervenção no comportamento social de grupos humanos. Nas unidades de internação

amplia-se a equipe profissional que cuida da criança: o nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta, entre outros, com seus conhecimentos específicos, dividem, agora, com o médico e com a enfermagem, a assistência. Mais recentemente, a mãe também vem sendo incluída na equipe de atendimento, com a finalidade de minimizar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização, proporcionando conforto à criança, permanecendo junto dela o maior tempo possível. Conforme argumentos apresentados na literatura, o processo de trabalho é beneficiado com estas equipes multiprofissionais, que no hospital agilizam o tratamento, diminuindo o tempo de internação e, na comunidade, ampliam a linha de ação. Paradoxalmente, este esforço de chegar a integralidade através da multiprofissionalidade vem se traduzindo no aumento da fragmentação da assistência com uma maior divisão de tarefas, e às vezes, trazendo conflitos e dificuldades na interação.

Para entendermos essa preocupação com a abordagem da criança e do adolescente em sua totalidade, ultrapassando a dimensão biológica do processo saúde doença, salientando-se os aspectos emocionais e afetivos, na busca da superação da fragmentação da assistência, precisamos fazer uma retrospectiva.

Em primeiro lugar, precisamos entender as articulações do movimento de proteção à criança com a sociedade em geral e a articulação da enfermagem com as demais práticas sociais. Alguns indicadores numéricos, como índices demográficos e taxas de morbimortalidade, são úteis para compreendermos as diretrizes políticas da assistência, entendendo-se por política as formas históricas explícitas como o Estado conduz o problema de saúde da população.

Partindo da organização da assistência nos serviços ambulatoriais, unidades básicas e hospitalares, passaremos a discutir a organização do ensino de enfermagem e suas estratégias para apreender seu objeto, a criança, em seus aspectos biológicos, em sua subjetividade e em sua dimensão social.

## **O MOVIMENTO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA**

O movimento de proteção à maternidade e à infância tem origem na sociedade ocidental por volta de 1750. Os anos entre 1750 e 1830 foram decisivos na evolução das práticas em saúde, particularmente para lançar as bases do movimento sanitário do século XIX, pleno de conseqüências para o nosso tempo. O legado desses 200 anos ainda hoje nos afeta. Nesse período ocorreram grandes revoluções políticas, econômicas e filosóficas, na Europa e na América. Uma das manifestações dos filósofos iluministas foi a preocupação crescente com os problemas de saúde de grupos específicos (ROSEN, 1994).

A questão que se colocava para esses pensadores era: como organizar a vida e proteger a saúde em uma complexa sociedade industrial e urbana que estava nascendo? O processo criador da economia de mercado, da fábrica e do ambiente urbano moderno trouxe à luz problemas que tornaram necessários novos meios de prevenção da doença e de proteção da saúde.

A família sofreu profundas transformações nesse processo; as relações entre mãe e filhos foram fortemente atingidas. Mulheres e crianças foram absorvidas pelo mercado de trabalho, expondo-se às condições adversas de moradia, transporte, alimentação, entre outras. A mortalidade materna e infantil era elevada; as condições de saúde das crianças que iam à escola e pré-escola mostravam-se precárias.

As primeiras providências a serem tomadas foram, e continuam sendo, o saneamento do meio ambiente, de importância capital para a saúde pública. Contudo, não foram suficientes para resolver o problema do bem-estar de mães e crianças das camadas sociais mais pobres.

MARQUES (s/d), em seu estudo sobre a gênese do movimento de proteção à maternidade e à infância, aponta, como primeiro indicador do problema, as análises quantitativas, isto é, um indicador numérico falando mais alto: coeficientes de mortalidade

infantil, decréscimos na taxa de natalidade, comparações e confrontos entre mortalidades por faixas etárias ou entre nações. A seguir, estes indicadores passam a revelar desigualdades, não apenas biológicas, ditadas pelas etapas de amadurecimento das funções orgânicas e de proliferação celular, mas socialmente determinadas. Quanto mais desenvolvida tornava-se a sociedade, mais influentes as relações sociais na determinação do processo saúde-doença. As quedas nas taxas de natalidade, o aumento dos coeficientes de mortalidade infantil, epidemias eram indicadores das dificuldades pelas quais as famílias estavam passando no cotidiano de sua luta pela sobrevivência, mas sobretudo, apontavam a dimensão coletiva do processo saúde-doença em determinados grupos sociais.

A emergência de uma questão populacional motivou a proposta de assistência social para a criança pobre e abandonada no século XVIII, e novamente, no século XIX seria o elemento impulsionador do movimento de proteção à infância.

Desde o início do movimento, a prática médica articulou-se, teórica e operacionalmente, produzindo conhecimentos e instalando serviços. A Pediatria que emerge no século XVIII, mais do que uma especialidade médica, é uma proposta de assistência social. A ama, a mãe e o pedagogo foram o ponto central da atenção. A Puericultura surge como uma proposta disciplinadora de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, através de medidas de higiene corporal, alimentar e do ambiente, do nascimento à idade adulta, de forma fisiológica e saudável.

A enfermagem moderna nasce na Inglaterra, sendo um marco a primeira escola para formar enfermeiras, fundada em 1860 por Florence Nightingale. Em relação à criança, Nightingale preconiza cuidados de higiene física, alimentar e do ambiente, bem como recreação e ar puro. Recomenda que as pagens sejam pessoas responsáveis e com bom senso.

A partir do século XIX, surge uma série de profissionais: assistentes sociais, enfermeiras de saúde pública, educadores especializados, orientadores, disseminados

em uma multiplicidade de lugares, guardando certa unidade em função de seu domínio de intervenção junto aos grupos sociais menos favorecidos. No interior dessas camadas sociais visam assistir e proteger a infância em perigo: aquela que não se beneficia de todos os cuidados da educação almejada e a infância “perigosa”, a “delinqüente”. Seu trabalho tem por finalidade integrar crianças e famílias à sociedade, e, com isso, diminuir as tensões e desigualdades sociais, mantendo a ordem vigente.

Paralelamente a esse movimento em favor de mães e bebês, desenvolvem-se os serviços de assistência à criança em idade escolar, a partir do século XVIII. As primeiras preocupações foram voltadas à acuidade visual, prevenção de doenças transmissíveis e à inspeção sanitária dos prédios.

Simultaneamente aos trabalhos que se desenvolviam pela saúde da criança, através da educação e da saúde pública, procurava-se aperfeiçoar a obstetrícia e reduzir a mortalidade materna e neonatal. As transformações por que passam os hospitais nos séculos XIX e XX são significativas para ilustrar o processo de articulação do desenvolvimento da prática médica com a sociedade industrial moderna. Inicialmente, os berçários e enfermarias de pediatria tinham a finalidade de prevenir a transmissão de infecções, mantendo as crianças em isolamentos, separadas de suas famílias. Posteriormente, a internação contribuiu para a observação sistematizada de sinais e sintomas, provas funcionais de órgãos e aparelhos através de exames subsidiários, levando ao aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico e a terapêutica. Em contrapartida, esta evolução foi afastando a mãe e familiares de um envolvimento com a criança e profissionais, durante os episódios de tratamento médico. Seu saber e suas práticas eram ignorados pelo cientificismo da prática médica, instituído a partir do informe “Flexner”, nos Estados Unidos, na década dos 20 (ANDRADE, 1979).

Partindo dessa visão mais geral do movimento de proteção à criança na sociedade ocidental moderna, passaremos a situar a criança e o adolescente no Brasil.

## A SITUAÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

São relevantes os processos que tiveram lugar depois da Segunda Guerra Mundial mudando o país, transformado-o numa das maiores economias urbano-industriais do mundo, embora heterogênea, pobre e desigual (FARIA, 1991). Entretanto, uma crise sem precedentes irrompe os anos 80, desestabilizando o equilíbrio entre o dinamismo econômico e inflação relativamente controlada que caracterizou a industrialização brasileira de 1950 a 1970. Interrompia-se um intenso e sustentado crescimento econômico, marcado por constante desigualdade distributiva, mas não se interrompia o crescimento populacional brasileiro: a população que em 1980 era 119.002.706 habitantes, atingia, em 1991, o número de 146.917.459 habitantes, ou seja, cresceu 23,46% em pouco mais de uma década. Conseqüentemente, entre 1980 e 1991, houve uma grande queda na renda per capita agravada pela concentração da população nas regiões urbanas (FIORI & KORNIS, 1994).

Do ponto de vista demográfico, o volume da população brasileira e sua composição resultam de um vigoroso processo de crescimento vegetativo acelerado nos anos que sucederam a 2ª Guerra Mundial, arrefecendo a partir de 1965. Em conseqüência, alterou-se a estrutura por idades da população brasileira e modificou-se a distribuição rural-urbana da população infantil e jovem (FARIA, 1991).

As projeções populacionais disponíveis indicam que, em termos absolutos, a população brasileira de 0 a 19 anos seguirá aumentando, porém, em termos relativos, essa população diminuirá progressivamente, passando dos atuais 45% da população total para 35%, no ano 2010. Essa tendência significa que, nos próximos vinte anos, haverá um número maior de adultos do que de jovens, o que pode ser considerado favorável. Por outro lado, os vários sub-grupos da população jovem ainda continuarão a crescer, em termos absolutos, pelo menos até o ano 2010. A infraestrutura física e de serviços, disponível para atender a essa população, principalmente a rede de ensino público de 1º e 2º grau, hoje precária, terá uma oportunidade de sanar suas deficiências, se mantidas estas tendências.

Essa transição demográfica, também, indica que a sociedade deverá preocupar-se com políticas sociais que atendam às necessidades do idoso; se na década de 70, o grupo materno infantil era o prioritário por sua importância numérica, pois mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes constituíam 70% da população total, hoje há outros grupos a serem incluídos nas prioridades.

Ao final da década dos 60, uma investigação de mortalidade na infância empreendida pela OMS/OPS revelou que, dentre a população materna e infantil, no Brasil, bem como em outras localidades da América Latina, havia grupos de risco muito vulneráveis. Era grande o número de óbitos por aborto e complicações da gravidez entre mulheres, e as principais causas de mortalidade infantil eram as doenças infecciosas evitáveis, associadas ao baixo peso ao nascer e à desnutrição (OMS, 1971).

Até a década dos 70, os estratos populacionais, inseridos formalmente no mercado de trabalho, tendo maior poder de barganha, conquistaram o direito à assistência à saúde, através do sistema previdenciário, que atingia também a população infantil e feminina, na qualidade de dependentes dos trabalhadores beneficiários. Esses serviços prestadores de assistência médico-hospitalar caminharam para o esgotamento de suas possibilidades, sem resultarem em benefícios proporcionais ao seu investimento.

O governo federal estendeu o atendimento médico sanitário à população mais carente, com a coordenação do Ministério da Saúde, a participação do Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS), em parceria com as Secretarias Estaduais e através de programas específicos, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Materno-Infantil, entre outros.

Desse empreendimento resultou uma série de postos e centros de saúde, unidades mistas e hospitalares, em número e distribuição espacial bem mais adequados do que os existentes até então. Dentre a população mais carente, os principais usuários dos serviços oferecidos pelos programas foram mulheres e crianças.



A distribuição da rede de serviços de saúde no Brasil é profundamente desigual, quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões mais pobres das cidades, determinando, junto com outros fatores sócio-econômicos e culturais, uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelos diferentes grupos populacionais e estratos sociais. A distribuição de recursos hospitalares, como os demais, também é bastante desigual, resultado de uma política de expansão da rede privada, financiada com recursos públicos, que prefere fazer investimentos nas áreas de maior dinamismo econômico.

### **A DÉCADA DOS 80**

A redução da renda per capita e a concentração da pobreza no espaço urbano, nos anos 80, foram o reverso de um passado de crescimento econômico e mobilidade social. A inflação assume particular importância, agudizando-se a perspectiva de hiperinflação. Em seu combate, abandonam-se as políticas de desenvolvimento de forças produtivas, substituindo-as por programas de estabilização econômica. Nesse processo, vale assinalar a expansão da dívida interna e externa, a queda da taxa de investimento, do salário mínimo e do nível de emprego, o aumento no grau de informalização do mercado de trabalho e o crescimento de desigualdade na distribuição de renda.

Do ponto de vista político, a democratização do país ganhou impulso. Movimentos e partidos políticos com raízes populares ganharam nova expressão. Multiplicaram-se as eleições com sufrágio universal, o eleitorado brasileiro duplicou, incluindo o voto do analfabeto e dos jovens de dezesseis anos; instaurou-se um processo constituinte, no qual, apesar de inúmeras dificuldades, os interesses populares, direta ou indiretamente, foram discutidos. Contudo, devido aos limites impostos pela deterioração econômica, os avanços na abertura política não resultaram em políticas sociais efetivas.

A democratização, a construção da cidadania, a consolidação partidária despolarizada, a reorganização da sociedade civil, a pluralidade dos canais de

comunicação, o afastamento do empresariado em relação ao Estado são fatores positivos na transformação processada nos anos 80. Por isso, identificar a década exclusivamente como uma “década economicamente perdida” ou “década da democratização e da cidadania” representa uma redução da amplitude e complexidade das transformações vividas (FIORI & KORNIS, 1994).

É nesse contexto que o Governo, em 1984, define a “Assistência Integral à Saúde da Criança”, voltando-se para atender suas necessidade através de meios técnicos e insumos, com a intenção de estabelecer um elo de ligação entre este grupo populacional e os serviços, através do acompanhamento sistemático do seu crescimento e desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Ou seja, uma vez responsável por um efetivo cuidado com o processo de crescimento e desenvolvimento de cada uma e de todas as crianças da população adstrita, os serviços deveriam estar preparados para resolver, a partir da unidade mais elementar, a maioria dos problemas de saúde das crianças. Deveriam, ainda, estar capacitados a atuar com outros setores, contra os fatores indesejáveis do meio ambiente, que impedem ou restringem cada criança de realizar seu potencial genético.

As cinco ações básicas preconizadas: 1 - aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; 2 - assistência e controle das infecções respiratórias agudas; 3 - imunização; 4 - controle da doenças diarréicas; 5 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atendiam, do ponto de vista epidemiológico, aos agravos mais freqüentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de vida e tinham, como estratégia, utilizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança.

Vale lembrar que os países de desenvolvimento capitalista originário haviam combinado, em seus respectivos processos de declínio de mortalidade, os avanços na tecnologia e assistência médico-sanitária com os progressos no campo social e na melhoria das condições de renda, educação, alimentação, moradia e participação social.

A redução da mortalidade infantil, fundamentada no incremento de políticas públicas, tem limites nas desigualdades sociais que dificultam o acesso aos serviços, informações e meios materiais (mais disponíveis para as classes com maior poder aquisitivo) para os contingentes populacionais mais pobres. A desigualdade de distribuição e acesso a esses serviços dá-se, também, em relação a diferentes regiões brasileiras e a áreas rurais e cidades menores, com menores chances de serem cobertas por eles.

A taxa de mortalidade infantil tem sido utilizada não apenas como um indicador clássico de saúde, mas também, como um dos índices de desenvolvimento social. Com isso, pretende-se que ela reflita não apenas a ocorrência de fenômenos de saúde, mas também, e principalmente, os aspectos relacionados às condições de moradia, nutrição, educação, saneamento ambiental, que são indicações do estilo e da qualidade de vida de uma sociedade ou de um grupo populacional. Os progressos tecnológicos verificados nas últimas décadas, contudo, permitiram a prevenção e tratamento de doenças, até então atribuídas como causas de um grande número de mortes infantis, muito antes de se conseguir modificar as condições sócio-econômicas de países do Terceiro Mundo. No Brasil, o declínio da mortalidade infantil tem dependido mais de medidas públicas e institucionais de controle médico-sanitário, do que de melhoria na situação sócio-econômica das populações (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1992). Diversos estudos têm demonstrado uma clara tendência de declínio na mortalidade infantil nos últimos decênios no Brasil, com maior aceleração nas regiões mais desenvolvidas e na área urbana, quando comparada com a rural (OLIVEIRA & SIMÕES, 1986). Não conseguimos, porém, reduzir as distâncias que nos separam das nações mais desenvolvidas, nem tampouco nossas diferenças regionais.

O perfil da mortalidade infantil e pré-escolar, observado para o Brasil como um todo, não é homogêneo para todas as regiões do país. Em todas as séries históricas disponíveis, chamam a atenção as discrepâncias regionais, destacando-se o Nordeste com as taxas mais elevadas, e o Sul, com os menores índices. A constatação das

diferenças regionais nos leva a sugerir que os programas de assistência sejam descentralizados, voltados para a especificidade de cada localidade.

Entre os fatores sociais considerados mais importantes, na maioria dos estudos sobre mortalidade infantil, estão as condições ambientais, a oferta de serviços de saúde, a educação da mãe, a renda familiar, as deficiências nutricionais e o baixo peso ao nascer. Atenção especial merecem o saneamento e a educação da mãe. Os diferenciais de mortalidade por educação da mãe têm-se mostrado mais evidentes que os contrastes geográficos. Pesquisas confirmam que a mortalidade de crianças, filhos de mães sem nenhum grau de instrução, chega a 110,60 por mil nascidos vivos, quase cinco vezes superior à das crianças cujas mães possuem 2º grau ou mais de instrução, que atinge 24,77 por mil nascidos vivos. A idade da mãe tem sido apontada como outro fator de risco: o grupo etário materno entre 25 e 29 anos é o de menor risco para a criança, sendo maior o risco nas faixas etárias maternas de 35 a 39 e de 15 a 19 anos (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1992).

Quanto às causas de óbito, durante a década de 80, verificou-se, no Brasil, uma clara mudança no padrão de mortalidade infantil. No início da década, as doenças infecciosas intestinais constituíam a principal causa de morte, enquanto que, ao seu final, igualam-se às infecções respiratórias agudas. A mortalidade por diarreia experimentou a queda mais acelerada ao longo destes anos. Entretanto, as altas taxas de mortalidade infantil encontradas em diversas áreas do país ainda são, em grande escala, efeito direto da diarreia e da infecção respiratória aguda, doenças facilmente preveníveis e fortemente associadas a fatores de risco de caráter sócio-econômico e ambiental. A mortalidade proporcional, por desnutrição, septicemia e prematuridade, como também por doenças imunopreveníveis, apresenta para o conjunto do Brasil, uma discreta tendência de queda.

A queda da mortalidade infantil tem sido atribuída ao conjunto de ações básicas do poder público no controle médico sanitário, anteriormente citado, destacando-se a

expansão da rede de água e esgoto, principalmente nas regiões do centro e do sul do país; a implantação do programa de reidratação oral; o aumento da cobertura vacinal; maior acesso relativo à assistência médica e hospitalar; elevação no nível de instrução da mãe e redução da fecundidade.

Para as crianças de 1 a 4 anos de idade, o perfil de mortalidade é diferente: as infecções respiratórias agudas e as causas externas aparecem como as principais causas de morte. Nessa faixa etária nota-se, mais claramente, o impacto da expansão da cobertura de vacinação, pela redução das mortes devidas a doenças imunopreveníveis, de 12,9% para 2,4%, no período entre 1979 e 1988.

Nesse período, o modelo médico-assistencial privatista dominante foi substituído por um projeto que incorporou o ideal da chamada Reforma Sanitária Brasileira, consolidando-se na Constituição de 1988 o atendimento à saúde como um direito social, universal, derivado de uma concepção de cidadania plena. As ações e serviços de saúde são caracterizados como de relevância pública, com a criação do Sistema Único de Saúde, organizado segundo diretrizes de descentralização, regionalização, atendimento integral hierarquizado por níveis de complexidade e de participação social.

As conquistas sociais, na área da saúde, criam um arcabouço jurídico-legal, através da Constituição Federal de 1988, Constituição Estaduais, Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, capazes de determinar profundas transformações no modelo de assistência à saúde.

## **ANOS 90**

Os anos 90 trouxeram as chamadas políticas de ajuste e planos de estabilização, infligindo aos cidadãos sacrifícios e incertezas, implicando em aumento da dívida social pela queda dos salários e menor oferta de emprego; trouxe, também, redução nos gastos sociais, em nome do equilíbrio orçamentário do Estado e da queda na arrecadação.

O ideário do Sistema Único de Saúde, segundo MENDES (1994), tem sido parcialmente derrotado por uma profunda crise política, econômica e social do Estado, facilitando o avanço de propostas que se traduzem por privatização, descentralização e focalização em grupos de risco específicos, levando à incorporação ao sistema público de segmentos mais carentes da população e uma expulsão de camadas privilegiadas, que podem optar por um serviço supletivo. Na medicina supletiva, incorporam-se cooperativas médicas, seguros saúde, medicinas de grupo, planos auto-gerenciados e modelos administrados por terceiros que operam sob a lógica do sistema de seguro e pré-pagamento.

O aumento da morbimortalidade por causas externas, alertou para os problemas e vulnerabilidades do adolescente e chamaram a atenção para o grande número de crianças marginalizadas por condições de existência, expostas à violência, pelo abandono da família e da sociedade.

Em 13 de julho de 1990, acompanhando o movimento nacional de democratização e participação da sociedade, foi promulgada a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). No capítulo I, trata do Direito à Vida e à Saúde, assegurando, no plano ideal, a proteção à criança e ao adolescente através de políticas sociais públicas, que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência, conquanto, na vida cotidiana permaneçam sem solução muitos problemas.

Atualmente, dois grupos etários suscitam maiores preocupações: os recém-nascidos de alto risco e os adolescentes. Em relação aos últimos, comparando-os a outros grupos etários, são considerados bastante saudáveis, contudo suscetíveis a mudanças no estilo de vida e à morte por causas externas, como acidentes, suicídio, violência, droga, fumo e álcool. No Brasil, a mortalidade por violência já é maior do que por acidentes. O alcoolismo e o fumo entre adolescentes vêm aumentando, bem como a gravidez em menores de 19 anos. Associada à gravidez, tem aumentado a mortalidade por complicações na gestação, parto e puerpério neste grupo etário (YUNES, 1990).

Proliferam-se os grupos de estudo e trabalho em saúde do adolescente e amplia-se a referência bibliográfica sobre o assunto. A Organização Pan-Americana da Saúde lança o "Marco Conceptual da Saúde Integral do Adolescente e de seu Cuidado", trazendo um marco de referência para a promoção e o cuidado à sua saúde (OMS, 1990).

Observando-se a redução no coeficiente de mortalidade infantil entre 1979 e 1989, nota-se que a redução na mortalidade infantil tardia foi de 35%, enquanto que a neonatal foi de apenas 24%. No Estado de São Paulo, por volta de 1980, as mortes por causas perinatais haviam aumentado sua participação em mais de 35% com relação ao total de óbitos infantis, enquanto havia diminuído em 25% a participação relativa às mortes por doenças infecciosas e parasitárias. Esse aumento da mortalidade por causas perinatais, de uma certa forma, reflete uma situação desfavorável nos cuidados durante o período pré-natal, na atenção ao parto e ao recém-nascido. Estima-se que mais de 50% dos óbitos infantis concentram-se nos primeiros 28 dias de vida da criança. À primeira vista, poder-se-ia concluir que grande parte desses óbitos se devesse, principalmente, às causas endógenas, relacionadas com problemas genéticos associados aos processo de nascer, imaturidade, mal formações congênitas, asfixia pós-neonatal ou expansão incompleta dos pulmões depois do nascimento, e que a mortalidade pós-neonatal se devia principalmente a causas exógenas, tais como enfermidades respiratórias, infecciosas, gastroenterites, desnutrição, acidentes. Entretanto, análises mais cuidadosas têm demonstrado que os fatores endógenos dominam a mortalidade infantil apenas nos 3 ou 4 primeiros dias de vida, e que nos restante do período neonatal, os fatores exógenos são tão importantes na determinação da mortalidade como nos restantes 11 meses que compreendem a mortalidade pós-neonatal (SIMÕES & OLIVEIRA, 1986).

Nesse período, consolidou-se a sistematização das ações básicas de assistência integral à saúde da criança, como estratégia para reduzir a morbimortalidade na faixa de 0 a 5 anos de idade.

O câncer infantil, que até duas décadas era considerado uma doença aguda e de evolução invariavelmente fatal, atualmente passa a ser visto como uma doença crônica e

com perspectiva de cura em um grande número de casos. A ênfase terapêutica centrada em prolongar a vida ou apenas aliviar o sofrimento, vem transformando-se em uma atividade mais ampla: assistir à criança e família, objetivando uma melhor qualidade de vida para ambas. Na atualidade, o papel profissional não é mais apenas ajudar a família a conviver com a morte rápida e previsível, mas além da ação terapêutica, ajudá-la a enfrentar uma doença crônica, que requer anos de tratamento com muitos efeitos iatrogênicos, determinando transformações nas relações sociais e pessoais, podendo mesmo, apesar dos esforços terminar em morte.

Posto isto, passemos a discussão sobre assistência de enfermagem à criança e ao adolescente

## **A ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA**

Há vinte anos a enfermagem profissional consolida-se na sociedade brasileira. Na década dos 70 ampliou-se o número de escolas de enfermagem de nível superior em todo o território nacional; foi sancionada a Lei nº 5905/73, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e o número de enfermeiros entre os profissionais de saúde cresce 142%. Dentre os profissionais de nível superior foi a categoria que registrou maior crescimento (NOGUEIRA, 1986).

Assim como nos Estados Unidos, quando o ensino de enfermagem foi instituído no Brasil, seus instrumentos principais para apreensão do objeto de trabalho foram as técnicas de enfermagem e o estudo de caso ou estudo clínico (COLLET, 1995).

As finalidades das técnicas eram sistematizar o processo de trabalho de enfermagem de uma forma racional, atendendo a uma necessidade do próprio processo de trabalho de economia de material, tempo, movimento e recursos humanos. Podiam ser agrupadas, de acordo com sua finalidade em alimentação, higiene, terapêutica medicamentosa e técnicas de auxílio diagnóstico.



Em contraponto à fragmentação do cuidado que as técnicas proporcionavam, utilizava-se, e utiliza-se até hoje, o estudo de caso ou estudo clínico como metodologia no ensino de enfermagem. Consiste em designar a cada aluno a responsabilidade por uma criança, no ensino teórico-prático, e busca-se explorar todos os aspectos que esta criança apresenta: antecedentes, patologias, relações com a mãe, família, creche, escola. Além dos aspectos biológicos, busca-se dar atenção às necessidades emocionais e afetivas da criança, resgatando a individualização da assistência. Na atual organização da assistência e do ensino em enfermagem, as técnicas não têm mais a mesma dimensão da época em que foram instituídas, quando se deu a organização da enfermagem moderna.

Atualmente, procura-se ensinar ao aluno de graduação em enfermagem a assistência integral, ainda mal definida na teoria e na prática, mas que pode ser entendida como olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família, portanto, seus membros devem ser incluídos na assistência. Um ser, cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social determinado, cujas condições de vida interferem no perfil epidemiológico do mesmo. Deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, para apreensão de seus aspectos bio-psico-sociais. Pretende-se humanizar a assistência, criando-se vínculos entre mães, instituições que prestam assistência e comunidade. Há uma preocupação em apreender a criança, não mais centrando-se apenas em seus aspectos orgânicos, mas em sua subjetividade e em sua inserção social.

A fragmentação da assistência, tanto hospitalar como ambulatorial, vem passando por críticas e reflexões. Há uma percepção da fragmentação quando o ensino é centralizado em procedimentos operacionais, dentre outros, banho, medicação, alimentação.

### **Participação dos pais na assistência**

Inúmeros estudos têm demonstrado a importância da permanência das mães junto aos filhos durante a hospitalização. Em 1959, na Inglaterra, foi publicado o Relatório

Platt, que recomendava a clínicos ingleses a concessão, aos pais, de horas de visitas ilimitadas e facilidades para sua permanência, participação da mãe nos cuidados a seus filhos e máximo esforço para minorar os efeitos da hospitalização. Recomendava também que se fizesse opção, sempre que possível, pelo tratamento ambulatorial, sendo que a internação deveria ocorrer em hospitais infantis ou em unidades específicas; as enfermeiras responsáveis pela assistência à criança deveriam ter treinamento específico e as atividades recreacionais providenciadas sistematicamente (DARBYSHIRE, 1993).

Foi também muito importante a contribuição de BOWLBY (1995), considerado um dos pioneiros na investigação acerca da influência da separação mãe-filho durante a hospitalização.

No Brasil, a inserção dos pais no processo diagnóstico e terapêutico está articulada à conscientização dos direitos de cidadania, levantados na década dos 80. A Norma Técnica para implantação e desenvolvimento do programa “Mãe Participante”, da Secretaria da Saúde, foi instituída pela Resolução N° 55-165 de 12/10/1988 e dispõe sobre as condições mínimas de participação da mãe na assistência hospitalar à criança e, curiosamente, também enfatiza a constituição da equipe multiprofissional (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO, 1989).

Esse programa é percebido e desenvolvido a partir de diferentes concepções: há instituições que esperam que a mãe assuma atividades na enfermaria e outras, nas quais os profissionais acreditam que ela (mãe) também, precisa de atendimento. Em alguns hospitais, a mãe permanece com seu filho durante toda a internação e tem assumido, além dos cuidados de higiene e alimentação, procedimentos mais específicos e complexos, como aspiração de sonda nasogástrica.

A literatura internacional vem discutindo amplamente a participação da mãe na administração de cuidados, inclusive a responsabilidade dos pais em administrar antibióticos. Alguns autores utilizam o termo negociação para tratar deste tema delicado,

quando significa uma área de interação entre a mãe, a enfermagem e outros profissionais da equipe. Há autores que vêm levantando a necessidade de se estudar o hospital como um espaço social onde se estabelecem relações de poder entre os profissionais, os clientes e a administração (DARBYSHIRE, 1993; CALLERY, 1991; COYNE, 1995; CARAPINHEIRO, 1993).

No Brasil, os estudos a serem realizados precisam considerar que o setor saúde divide-se em público e privado. As empresas privadas prestam assistência pautadas nos moldes de produção capitalista, subordinando o trabalho médico à lógica da produtividade e lucratividade da empresa. A permissão para a permanência das mães junto a seus filhos vincula-se a esse fato. A empresa procura satisfazer uma clientela, cujo padrão de consumo seja compatível com as exigências de lucratividade. As relações dos profissionais de saúde com os pais, nas enfermarias, variam de acordo com o tipo de instituição e clientela. Em leitos da rede pública, a mãe é estimulada a participar dos cuidados, contribuindo com sua ajuda para que a criança receba mais atenção. Em hospitais pagos, direta ou indiretamente pelo cliente, a família demonstra que espera receber tratamento diferenciado dos profissionais que a atendem.

Algumas instituições públicas ainda não implantaram o programa "Mãe Participante", alegando falta de espaço e, principalmente, o custo elevado da alimentação e higiene dos acompanhantes. Pesquisas realizadas em países mais desenvolvidos, a partir de levantamentos empíricos, concluíram, ao contrário, que os custos diminuem, uma vez que, quando a mãe permanece com a criança, diminui consideravelmente o tempo de hospitalização.

O desencadear da participação da família nos cuidados tem levado a fatos imprevisíveis; comparadas com as restrições iniciais que havia à entrada da mãe na enfermaria e à sua intervenção na atuação médica, a situação atual encontrou muitos profissionais despreparados. Nas relações que vão sendo estabelecidas surgem conflitos e situações muito complexas a serem enfrentadas.

## A Família

No senso comum, a representação da família corresponde modelo dominante: a família conjugal ou nuclear, isto é, o grupo formado por pai, mãe e filhos, vivendo num núcleo independente. Modelo dominante refere-se, não ao que é mais comum acontecer, mas a um ideal. Em todas as sociedades humanas há uniões conjugais consideradas legítimas ou ilegítimas, referendadas pela lei jurídica ou religiosa, assim como é regulada, também, a relação entre pais e filhos. A antropologia vem demonstrando que a família é um universo regulado por regras sociais, correspondendo a uma construção cultural que apresenta variabilidade, conforme o contexto social no qual se desenvolve. A organização da família não é produto da natureza biológica do homem, mas de sua natureza social. Entretanto, a família é a esfera social que mais se confunde com a natureza, e freqüentemente o que se passa em seu interior é tomado como “natural” porque nela se dão os fatos da vida que têm base biológica: o nascimento, o crescimento, o acasalamento (a união entre sexos) e a morte (SARTI, 1995).

A diferença fundamental entre o ser humano e as outras espécies animais é que os homens, embora tenham em comum com os outros animais estes fatos básicos da vida, escolhem a forma como vão realizá-los, dentro das possibilidades de seu meio social e de sua existência histórica. Além disso, atribuem à sua escolha um significado. Na forma como os homens vivem suas atividades biológicas de nascer, crescer, reproduzir-se e morrer estão implícitos valores e crenças que dão sentido à sua existência, nos quais acreditam e pelos quais se mobilizam o quanto for necessário. A família é um universo de regras, escolhidas pelos homens para regular sua existência. Esta possibilidade de escolhas de regras demonstra a existência do social. Se as atividades humanas tivessem uma base natural, prescindiria de regras, uma vez que um fato natural se impõe por si mesmo. A família, ao responder às necessidades de reprodução biológica do homem, responde às suas necessidades de reprodução social (SARTI, 1995).

Ao estender a assistência a pais participantes, profissionais de saúde precisam compreender a combinação da dimensão social, na qual as famílias se inserem, com as

demandas psíquicas e emocionais que os indivíduos formulam, a partir dos valores que atribuem às relações, e às mudanças intensas e rápidas que estão ocorrendo nesses valores, mudando o sentido e significado das relações.

### **Equipe Multiprofissional**

Um pequeno levantamento realizado por um grupo de alunos de pós-graduação em Ribeirão Preto (DYTZ; BENZONI; PAYNO, 1995) identificou cinco componentes da equipe multiprofissional atuando na assistência ao lado do médico e da enfermagem: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e fonoaudiólogo, todos tendo, como objeto de trabalho, a criança hospitalizada vista em sua dimensão bio-psico-social. A família é ainda pouco considerada como objeto de trabalho da equipe, com exceção de profissionais pertencentes ao serviço social e psicologia. Seu trabalho não está sendo solicitado para atender a todas as crianças internadas, mas somente àquelas que apresentam problemas complexos, de qualquer ordem, isto é, biológica, psicológica ou social. O trabalho multiprofissional é solicitado pelo médico, sempre que este julgar necessário fornecer conduta terapêutica complementar. Cada um dos profissionais domina conhecimentos específicos, dentro de sua área de atuação e, com exceção da assistente social que, teoricamente, tem um saber mais centrado em ciências sociais, todos os outros têm, como base, as ciências biológicas.

Pelos depoimentos, percebeu-se que existe valorização daqueles saberes que apresentam efeitos imediatos e visíveis. A fisioterapeuta reconhece que o elevado número de encaminhamentos vindos da pediatria, para solucionar problemas respiratórios, pode estar relacionado com o tempo de melhora das crianças, que obtém alta mais rápida com ajuda fisioterápica. Cada categoria profissional desempenha seu trabalho através do atendimento individual ao cliente, de maneira independente dos demais membros da equipe. O trabalho com grupos de clientes é pouco utilizado, com exceção do Serviço Social, que foi pioneiro na implantação de grupos de apoio a pacientes com determinadas enfermidades, entre os quais

transplante renal, traqueostomizados e pacientes com câncer. Também foi este profissional que mais expressou preocupação com a família.

Havia pouca comunicação verbal entre os membros da equipe, sendo que na maioria das vezes as informações a respeito do paciente eram coletadas através do prontuário. Estas atividades-meio, realizadas por cada um de maneira isolada, para atingir a finalidade maior - que é a cura da criança - são tomadas como fim em si mesmas, resultando numa assistência fragmentada, sem possibilidade de compor nem mesmo uma totalidade técnica.

Os agentes constroem estratégias de enfrentamento desta fragmentação, articulando os diferentes momentos do atendimento por intermédio de pequenas pontes, entre os atos diagnósticos e as condutas decorrentes que são implementadas. Alguns canais de comunicação informais estabelecem-se entre os profissionais, como conversas de corredor, além das anotações nos prontuários. Na prática, ocorrem duas formas de reação, por parte do profissional, frente às dificuldades vivenciadas no processo de trabalho: uma, de fuga, ou seja, o profissional evita contato com os demais profissionais, procura manter-se afastado da unidade o maior tempo possível, trabalha de forma isolada, tem pouco envolvimento interpessoal com os demais profissionais da equipe e até mesmo com os pacientes; a outra, é aglutinar-se em torno de um grupo de profissionais, possibilitando a discussão conjunta dos casos, a troca de informações e a elaboração de uma ação mais consistente junto à criança e sua família. Neste último caso, existe um esforço comum entre os profissionais no sentido de reconstruir ações fragmentadas em direção a uma assistência revestida de maior integralidade. Esta modalidade de assistência, porém, não está sendo ampliada para atender todas as crianças da instituição. Ela se restringe a grupos específicos com uma determinada enfermidade crônica (DYTZ; BENZONI; PAYNO, 1995).

## **O Hospital**

Os hospitais, bem como as demais instituições que prestam assistência, são unidades de produção de cuidados médicos, onde se reúnem profissionais, saberes,

tecnologias e infra-estrutura material, determinados pelas formas de poderes e saberes que no seu seio se organizam. CARAPINHEIRO (1993), socióloga, em estudo realizado em Portugal, aponta uma negociação entre o poder médico e o poder administrativo, com um saldo sempre maior para o poder médico. A enfermagem ocupa um lugar intermediário de complexas negociações entre o poder médico, os poderes do cliente e da administração, com efeitos práticos decisivos para a conservação da posição dominante da autoridade e responsabilidade médica. Não dispomos de estudos semelhantes no Brasil. Este trabalho abre uma perspectiva para aprofundar as relações de poder e dominação entre as práticas profissionais que interagem no hospital.

### **O Berçário**

O parto é um momento crítico da vida da mulher e da criança e seu atendimento adequado contribui para a redução dos níveis de mortalidade materna e perinatal. Grande parte dos óbitos de crianças no primeiro mês de vida acontece em consequência das condições de parto e da assistência ao recém-nascido. A literatura no período compreendido entre 1950 e 1988, sobre assistência de enfermagem ao recém-nascido, demonstra que a preocupação estava voltada para a organização dos berçários, incluindo planta física, rotinas de cuidados, dimensionamento dos recursos humanos necessários e seu preparo adequado, alojamento conjunto e controle de infecção.

Atualmente, nos centros urbanos e regiões mais desenvolvidas do país, a quase totalidade dos partos é hospitalar e os berçários tendem a incrementar progressos tecnológicos, incorporando toda aparelhagem de cuidados intensivos para atender à demanda de crianças de muito baixo peso, prematuros, recém-nascidos com doenças metabólicas e mal formação.

Com o desenvolvimento da assistência hospitalar e a existência de modernas unidades de cuidados intensivos, observa-se uma progressiva especialização do trabalho, com envolvimento de equipe multiprofissional. A assistência a prematuros e a outras

crianças de alto risco tem se tornado cada vez mais especializada, com aumento da sobrevida.

Este fato suscitou questionamentos sobre a humanização da assistência no atendimento neonatal e a necessidade de estimular os vínculos afetivos da criança com os pais, com programas que abrangem desde a fase gestacional até após o nascimento, ações em unidades de alojamento conjunto, grupos de pais, serviços de seguimento para crianças de alto risco e seus familiares após a alta hospitalar. A prematuridade e as internações prolongadas nos primeiros meses de vida são mencionadas como fatores de risco para o desenvolvimento da criança, podendo levar a seqüelas neurológicas, a maus-tratos familiares, e a outras iatrogenias, decorrentes de medicação e procedimentos terapêuticos invasivos.

### **Subjetividade da Criança**

A partir da década de 60, a literatura em enfermagem pediátrica traz uma advertência sobre a necessidade de a enfermeira utilizar instrumentos teóricos para compreender pais e filhos como pessoas, aspectos emocionais da criança e do adolescente, reabilitação psicológica e adaptação intra e inter pessoal na sociedade moderna. Para os autores, pela natureza de seu trabalho, as enfermeiras têm oportunidades constantes de influir no desenvolvimento da personalidade de crianças e ajudar suas famílias. Além disto, reconhecem os efeitos negativos e possíveis traumas causados pela hospitalização.

Simultaneamente, são trazidos conteúdos de diversas fundamentações teóricas para auxiliar a enfermeira a compreender o processo de desenvolvimento emocional da criança e do adolescente. Dentre as mais citadas na literatura e seus respectivos autores, podemos destacar a linha psicanalítica, principalmente o trabalho de René Spitz sobre o primeiro ano de vida da criança, os estudos de Jean Piaget sobre o desenvolvimento intelectual da criança, as pesquisas comportamentais, entre outras.



Entretanto, dois alertas são necessários. Em primeiro lugar, não se pode tomar estas teorias como se fossem convergentes ou complementares. Há que se ter um grande cuidado em desdobrar e contextualizar seus conceitos fundamentais para não fazer deles instrumentos de interpretação genéricos e abstratos. Em segundo lugar, essas teorias não podem ser tomadas como receitas que, por si só, cumprem a finalidade de atender às necessidades psicológicas da criança e de dar apoio emocional a ela e à família.

Ao contrário das aparências, na assistência hospitalar, e mesmo ambulatorial, a criança doente não vivencia emoções constantes de dor e sofrimento. As sensações são sempre relativas dentro do processo que a criança está vivenciando. Após uma dor intensa, seja decorrente de uma intervenção ou da própria patologia, o alívio traz um grande bem estar. O medo da morte, do abandono, do sofrimento, está sempre acompanhado de uma grande esperança de vida, de amor e de prazer. Mesmo nos casos de grandes alterações estéticas, como queda de cabelos, edemas deformantes, em crianças de tenra idade, a vaidade está presente, manifesta na alegria de usar um chapéu, um brinco, uma roupa nova.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As necessidades atuais de assistência à criança, em nível hospitalar, convergem para os seguintes pontos:

- a apreensão da criança em seus aspectos orgânicos e em sua subjetividade, considerada a sua inserção social;
- o envolvimento dos pais e da família no processo de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêutico e de reabilitação;
- organização do processo de trabalho em equipes multidisciplinares e multiprofissionais;
- compreensão das instituições de saúde como espaços de produção de serviços

em que se estabelecem relações sociais complexas, tendo o poder como um dos principais determinantes.

O presente trabalho tentou mostrar que a assistência integral não pode ser tomada de uma forma idealizada, no plano teórico, com uma mistura de referenciais teóricos, que vão desde a ecologia até biologia molecular. Ela implica em um árduo trabalho interativo de construção concreta e cotidiana de uma forma de assistência, com pressupostos claros e coerentes e com determinação política de implementar mudanças. Os autores acreditam que, as necessidades sociais são capazes de desencadear estas transformações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J. *Marco conceptual de la educacion medica en la America Latina*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1979 (Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 28).
- BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo, Martins Fontes, 1995.
- CALLERY, P. A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children. *J. Advanc. Nur.*, 16:772-81, 1991.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital*. Porto, E. Afrontamento, 1993.
- COLLET, N. *Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica*. Ribeirão Preto, 1995. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo].
- COYNE, I.T. Parental participation in care: a critical review of the literature. *J. Advanc. Nur.*, 21:716-22, 1995.
- DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *J. Advanc. Nur.*, 18:1670-80, 1993.
- DYTZ, J.L.G.; BENZONI, S.A.G.; PAYNO, S.M. O trabalho multiprofissional na assistência à criança hospitalizada. Ribeirão Preto, 1995. [Trabalho elaborado para a disciplina ERM 717 "Assistência Integral à Criança: conceituação teórica, ações e produção do conhecimento].

- FARIA, V.E. A montanha e a pedra. In: FAUSTO, A. & CERVINI, R., org. *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. São Paulo, Cortez, 1991. p.195-225.
- FIORI, J.L. & KORNIS, G.E.M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R.A.W. org. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p.1-42.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Crianças e adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1992, v.4.
- MARQUES, M. B. *Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância*. (mimeografado, s/d).
- MENDES, E.V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Documentação. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, n.7).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília, Ministério da Criança/Projeto Minha Gente, 1991.
- NOGUEIRA, R. P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil - 1970-1983. Brasília, OPS/MS/MPAS/MEC/MCT, 1986.
- OLIVEIRA, L.A.P. & SIMÕES, C.C.S. O papel das políticas de saúde e saneamento na recente queda da mortalidade infantil: significado, alcance e limitações estruturais. In: IBGE. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos sócio-econômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro, 1986. p 51-57.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigacion interamericana de mortalidad en la niñez*. Informe provisional del primer año. Washington, 1971.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa de Saúde Materno-Infantil. *O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado*. Washington DC, OPS/OMS, 1990.
- ROSEN, G. *Um história da saúde pública*; trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Rubens de Alcântara Bonfim. São Paulo, HUCITEC/UNESP/ABRASCO, 1994.
- SÃO PAULO (ESTADO). Leis, Decretos, etc. Resolução SS-165, 12 out. 1988. Diário Oficial do Estado, SP, 14 mar. 1989. Seção I, p.99.

SARTI, C.A. *Aspectos antropológicos e sociais da família*. In: Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, 1995. Anais. p.9.

SIMÕES, C.C.S. & OLIVEIRA, L.A.P. *Evolução da mortalidade infantil*. In: IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. *Aspectos sócio-econômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro, 1986.

YUNES, J. *Diagnóstico da situação social e de saúde da criança na América Latina*. In: Seminário Sul-Americano de Pesquisa em Enfermagem nas áreas de Saúde da Mulher e da Criança. 1. Ribeirão Preto, 1990. Anais, p 4-7.

---

**Summary:** In this paper the authors discuss the meaning that has been attributed to the term "integral care of children's and adolescents's health", highlighting its several interpretations, with a view to overcoming fragmentation of care. To start with, they present the articulations by the movement for children protection with the society as a whole, following with the political policies for the care of children and adolescents in Brazil. In the second part, they discuss nursing strategies to view children as to their biological aspects, their subjectivity and social dimension. They conclude that the present needs for the care of hospitalized children converge to: considering children in their organic aspects as well as their subjectivity along with parents' and other relatives' involvement in the processes of their children's health promotion, prevention of diseases, diagnosis, therapeutics and rehabilitations other concerns are the organization of work in multidisciplinary and multiprofessional teams, and the understanding of health institutions as service production spaces where complex social relations are established. Therefore, integral care must not be seen as an idealized theoretical approach, as a mixture of theoretical framework ranging from ecology to molecular biology. It implies hard work for daily building concrete interaction, with political determination for implementing changes.

**Key words:** integral care; children; adolescent; care

---

recebido em 9/4/97  
aprovado em 16/10/97